Хельмут Томэ
Хорст Кэхеле

# СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ

1

Теория

Helmut Thomä
Horst Kächele

# Psychoanalytic Practice

## 1
## Principles

---

With the Collaboration of
Andreas Bilger, Manfred Cierpka, Hans-Joachim Grünzig,
Roderich Hohage, Lisbeth Klöß, Julian Christopher Kübler,
Lisbeth Neudert, Rainer Schors, Hartmut Schrenk, Brigitte Thomä

Springer-Verlag
Berlin Heidelberg New York Paris London Tokyo

Хельмут Томэ
Хорст Кэхеле

# СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ

## 1

## Теория

Перевод с английского

Под общей редакцией
А.В.Казанской




Издательская группа «Прогресс» — «Литера»
Издательство Агентства «Яхтсмен»
Москва

ББК 56.14
Т 56

Перевод с английского
*Е. Щербаковой* (гл. 1—5, 10) и *И. Кадырова* (гл. 6—9)

Художник *В.А. Пузанков*

Редактор *Е.И. Солдаткина*

**Томэ Х., Кэхеле Х.**

Т56 Современный психоанализ. Т. 1. Теория: Пер. с англ./Общ. ред. А.В. Казанской. — М.: Издательская группа «Прогресс» — «Литера», Издательство Агентства «Яхтсмен», 1996. — 576 с.

Авторы двухтомника психоаналитической терапии, возглавляющие отделение психотерапии Ульмского университета (Германия), представляют читателю уникальный по широте охвата и глубине материал, обнимающий всю историю психоанализа и отражающий его современное состояние.

В первом томе — «Теория» — рассмотрены не только многочисленные ответвления психоанализа от «основного течения», но и так называемые классические психоаналитические представления, а также перспективы развития психоанализа как науки будущего. Книга поможет практикующим психотерапевтам гибко применять свою теоретическую подготовку на практике.

Второй том — «Практика» — своеобразное окно в психоаналитический кабинет, приоткрыть которое позволяют магнитофонные записи психоаналитических сеансов.

Двухтомник, переведенный почти на все европейские языки, уже стал классикой психоаналитической литературы.

Т $\frac{0303020000-032}{006(01)-96}$ без объявл. ББК 56.14

Die Herausgabe dieses Werkes wurde aus Mitteln von Inter Nationes, Bonn gefördert

Издано при финансовой поддержке фонда Интер Национес, Бонн
При участии фирмы «ОГУЗ»

Титул оригинального немецкого издания:
Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Band 1 Grundlagen

ISBN 3-540-15386-1/0-387-15386-1
ISBN 3-540-16876-1
Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York
ISBN 0-387-16876-1
Springer-Verlag New York Berlin Heidelberg
ISBN 5-01-004548-6
ISBN 5-01-004549-4 (общ.)

# Предисловие к русскому изданию

Этот двухтомный учебник психоаналитической терапии занял видное место в сфере образования и научных исследований. Переводы на десять языков свидетельствуют об интернациональном признании этой работы как надежного источника знаний о новейших достижениях для тех, кто обдумывает свою работу. Со времени своего появления учебник сохраняет актуальность, давая представление о современном состоянии основных подходов в теории и практике.

В десяти главах первого тома изложена основанная на практике теория психоаналитического метода и критически обсуждается столетняя история психоанализа. Второй том содержит — часто полученные с помощью магнитофонной записи — протоколы терапевтических диалогов, дающие ценную возможность ознакомиться с мыслью и действием психоаналитика. Систематически обсуждаются важнейшие темы техники психоаналитического лечения, в соответствии с каждой из глав первого тома. В девятой главе разрабатываются общие и специальные вопросы психоаналитического учения о болезнях и лечения под углом зрения достигаемых терапевтических успехов. Оба тома согласованы друг с другом по содержанию, однако каждый из них снабжен отдельной библиографией и собственным предметным и именным указателями.

Развитие психоанализа за последние десять лет шло в направлениях, которые мы предполагали. В специальной литературе дискутируются сейчас все те проблемы, которые мы выносили на обсуждение. Переведенный на многие языки, ульмский учебник выражает сущность самокритичного, ориентированного на научное исследование психоанализа. Обращение еще к многим исследовательским работам могло бы расширить рамки учебника; отсылаем заинтересованного читателя к переизданной в 1996 году (Aronson, New Jersey) книге Даля, Кэхеле и Томэ «Стратегии исследования психоаналитического процесса» («Psychoanalytic Process Research Strategies»), в которой рассказывается о впервые проведенном в Ульме в 1985 году Международном конгрессе по психотерапевтическим исследованиям.

Мы рады, что Московское психоаналитическое общество, руководимое Сергеем Аграчевым, предприняло издание русского перевода.

Мы особенно благодарны Анне Казанской из Московского инфоцентра психотерапии, без чьей неутомимой личной и высококвалифицированной редакторской работы, а также координации работы переводчиков эта задача не была бы осуществлена.

Мы поздравляем издателя — господина Алексея Файнгара из «Прогресса» — с тем, что он взял на себя труд выпустить столь обширную и высокоспециализированную работу.

Без содействия фонда «Интернационес» Федеративной Республики Германии авторам было бы гораздо труднее внести свой вклад в возрождение российской психоаналитической культуры.

*Москва, май 1996*

*Хельмут Томэ, Хорст Кэхеле*

# Предисловие к немецкому изданию

Это первый том двухтомного исследования психоаналитической терапии, которое публикуется на английском и немецком языках. В первом томе рассматриваются принципы психоаналитического метода, в то время как второй том, который выйдет через год, посвящен психоаналитическому диалогу. Два тома, хотя и образуют связное целое, структурированы раздельно, и каждый снабжен своим собственным списком литературы и указателями.

Несмотря на то что психоанализ в своем развитии далеко распространился за рамки простого метода лечения, «он не оторвался от своей *материнской почвы* и все еще не утерял контакта с *пациентами*, что обеспечивает возможности для углубления и дальнейшего развития» (Freud, 1933a, p. 151; курсив наш). Эти слова Фрейда дают нашему исследованию психоаналитического метода точку отсчета.

В последние десятилетия психоанализ получил все большее и большее распространение, и с 1950-х годов от основного течения отошли многочисленные психодинамические ответвления. Проблема, которую Фрейд обозначил (1933a, p. 152) с помощью метафоры «die Verwasserung der Psychoanalyse» («разбавление, выхолащивание, опошление» психоанализа), достигла почти необозримых размеров. На немецком языке двухтомник называется «Учебник психоаналитической терапии» (Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie). Под психоаналитической терапией мы понимаем классическое применение для лечения заболеваний *психоаналитического метода*, так, как его определил Фрейд (1905a; 1923a; 1927a).

Как немецкие авторы психоаналитического учебника, мы бы хотели не только ограничиться вводными замечаниями и выражениями благодарности, но и коснуться истории психоанализа в нашей стране.

Психоанализ, как терапевтический метод и как наука, исходит из того, что направляет процесс познания на повторное открытие объекта, который принимает новый облик в момент, когда он вновь открыт, то есть когда он достиг сознания благодаря прояснению при помощи толкования. В личной жизни и в терапевтическом процессе, а также и в психосоциальных науках вообще большое значение имеет высказывание Гераклита о том, что нельзя дважды ступить в одну и ту же реку: нахождение объекта — это не только повторное открытие, но также новое

открытие. От читателя, знакомого с работами Фрейда, не ускользнет, что мы только что обыграли высказывание Фрейда о том, что «нахождение объекта фактически является его обретением заново» (1905d, p. 222). Психоанализ стал частью нашей духовной истории, и, следовательно, его можно открыть заново, даже вопреки тому, что исторические условия могут привести, а в Германии так и произошло, к прерыванию этой традиции. Во времена «третьего рейха» работы Фрейда были недоступны большинству немцев. Наука, основанная евреем Зигмундом Фрейдом, была вне закона. Еврейские психоаналитики разделили судьбу всех евреев нацистской Германии и оккупированных территорий Европы. Фрейд, будучи в преклонном возрасте, сумел спастись вместе со своей семьей, благодаря высылке в Англию. Его сестры, которые не смогли его сопровождать, погибли в концентрационном лагере. Все поколения немецких психоаналитиков несут на себе в прямом смысле бремя истории, которое выходит за рамки общих последствий Холокоста, как заметил президент Федеративной Республики Германии Р. фон Вайцзэкер (1985) в своей речи в ознаменование 40-й годовщины окончания второй мировой войны. Хотя, конечно, современный психоанализ независим от своего основателя и как наука стоит в стороне от любых религиозных (не говоря уже о расистских) убеждений, тем не менее аналитик обязательно оказывается внутри еврейской генеалогии и находит свою профессиональную идентичность через идентификацию с работой Фрейда. Это влечет за собой многочисленные трудности, глубоко заходящие в бессознательное, которые немецкие психоаналитики пытаются разрешить тем или иным способом с 1945 года.

Эти проблемы становятся более понятными, если обратиться к размышлениям, которыми поделился Клаубер в 1976 году на симпозиуме по идентичности психоаналитика, созванном Международной психоаналитической ассоциацией (IPA) (Joseph, Widlächer, 1983). Клаубер (Klauber, 1980) убедительно продемонстрировал далеко идущие последствия идентификации с Фрейдом для его учеников и, следовательно, для истории психоанализа. Духовный отец психоанализа и сам описывал последствия идентификаторного принятия в работах «Trauer und Melancholie» (1917e) («Печаль и меланхолия») и «Vergänglichkeit» (1916a) («Преходящее»). Клаубер считает, что психоаналитики не смогли полностью смириться со смертью Фрейда. Связанные с этим бессознательные процессы, с одной стороны, ведут к ограничению нашего собственного мышления, а с другой стороны, к неспособности оценить, насколько преходящи все научные, философские и религиозные представления, в том числе и теории Фрейда. Интерпретация Клаубера позволяет объяснить тот факт, что ригидность и протест идут бок о бок в истории психоанализа, а также и то, что уже долгое время находится в центре внимания вопрос об идентичности

психоаналитика. То, что идентичность психоаналитика была избрана темой симпозиума IPA, само по себе показывает, что аналитики чувствуют, что они больше не могут полагаться на идентификацию с Фрейдом. Далеко не последней причиной изменений в психоанализе являются оригинальные вклады самих психоаналитиков, показывающие преходящую природу некоторых идей Фрейда. Фундаментальные размышления Клаубера, которые мы здесь обобщили, проясняют, почему психоаналитическая профессия в большей степени, чем любая другая, так озабочена собственной идентичностью (Cooper, 1984a; Thomä, 1977a).

Концепция идентичности в формулировке Эриксона (Erikson, 1959), с ее социально-психологическим подтекстом, проливает свет на шаткость позиции немецких психоаналитиков с 1933 года по настоящее время. Их проблема, если судить о ней на уровне бессознательного, связана с тем, что они стремятся идентифицироваться с идеями человека, чьи соплеменники, евреи, уничтожались немцами. Мы еще вернемся к тому, как формулирует некоторые стороны этого конфликта Эриксон, но сначала, чтобы иметь возможность охватить другие, сравнительно поверхностные аспекты проблем, которые немецкие аналитики испытывают с идентификацией, бегло расскажем, как демонтировались психоаналитические учреждения в Германии в 1930-х годах.

После закрытия знаменитого Берлинского психоаналитического института и Немецкого психоаналитического общества, а вместе с ними и его учебных групп на Юго-Западе, в Лейпциге и в Гамбурге, несколько оставшихся психоаналитиков — не евреев искали способы поддержать свое профессиональное существование. С одной стороны, они перешли к частной практике, с другой, они сохранили какую-то меру независимости в рамках Немецкого института психологических исследований и психотерапии (Deutsches Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie), основанного в 1936 году, которым руководил М.Х. Геринг, двоюродный брат Германа Геринга, и который непродолжительное время назывался Институтом Геринга (Göring-Institut). Там подготовка молодых психоаналитиков продолжалась, хотя существенное давление на этот процесс оказывали задачи института. Сведение всех школ глубинной психологии (фрейдистов, адлерианцев, юнгианцев) под одну крышу, а именно в институт, располагающийся в Берлине, с ответвлениями в других городах (например, в Мюнхене, Штутгарте и, позднее, в Вене), должно было способствовать процветанию арийской психотерапии (die deutsche Seelenheilkunde) (Göring, 1934) и созданию стандарта психотерапии. Многочисленные свидетельства (Dräger, 1971; Baumeyer, 1971; Kemper, 1973; Riemann, 1973; Bräutigam, 1984; Scheunert, 1985) и исследования (например, Lockot, 1985) высвечивают разнообразное влияние исторических обстоятельств на условия работы в этом институте.

Кокс (Cocks, 1983, 1984), изучавший историю вопроса, приходит к выводу, что собрание различных школ в один институт имело далеко идущие последствия и побочные эффекты, по его оценке, в целом положительные. Все же нельзя столь категорично утверждать, что эти совершенно случайные эффекты можно в принципе рассматривать как положительные, если они абсолютно независимы от идеологически детерминированной психотерапии, которая являлась официальной целью. И хотя нет худа без добра, последствия сомнительны. Можно было бы сказать словами пророков Иеремии (31, 29) и Иезекиля (18, 2)[1]: «отцы ели кислый виноград, а у детей на зубах оскомина».

С психоаналитической точки зрения идеология находится в конечном счете в связи с бессознательными процессами и потому выживает и даже приобретает новую сущность. Лифтон (Lifton, 1985) справедливо отметил, что Кокс слишком мало внимания уделил этому вопросу; только благодаря Дамеру (Dahmer, 1983) и некоторым другим авторам эта проблема совсем недавно стала привлекать внимание.

Объединение всех психотерапевтов, работающих в парадигме глубинной психологии, в один институт привело к развитию сообществ по интересам и к консенсусу по различным вопросам между сторонниками различных подходов. Тяжелые времена укрепили связи между ними. Идея синопсиса, конспективной психотерапии, слияния важных аспектов всех школ продержалась еще дольше. Основание в 1949 году Немецкого общества психотерапии, психосоматики и глубинной психологии (Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) (психосоматика была включена в название несколько позднее) непосредственно до сегодняшнего дня оказывает значительное положительное влияние, например, на совместную защиту профессиональных интересов. Ежегодные конгрессы собирают аналитически ориентированных психотерапевтов. Однако одно дело — следовать общим интересам, основанным на соглашениях, касающихся основных принципов глубинной психологии, и совсем другое — последовательно применять метод исследования и лечения и развивать, проверять и перепроверять теорию.

---

[1] Немаловажно обрисовать контекст этой цитаты. Пророки говорят о новом соглашении между Господом и домами Израиля и Иудеи о том, что «не будут впредь говорить пословицу эту в Израиле» (Иезекиль, 18, 3). Новое соглашение делает каждого ответственным лишь за свои собственные грехи: «Но каждый будет умирать за свое собственное беззаконие; кто будет есть кислый виноград, у того на зубах и оскомина будет» (Иеремия, 31, 30). Таким образом, отменяется закон Моисея, данный в Исходе (20, 5): «Ибо Господь, Бог твой, Бог ревнитель, наказывающий детей за вину отцов до третьего и четвертого *рода*, ненавидящих Меня» (см. Плач Иеремии, 5, 7: «Отцы наши грешили; их уже нет, а мы несем наказание за беззакония их»).

Идея синопсиса обязана своим происхождением стремлению к единству, которое принимает разные формы. С научной точки зрения старания достичь синопсиса психотерапии и слияния школ были наивны и предполагали недооценку процессов групповой динамики (Grunert, 1984). Современные исследования общих и частных факторов психотерапии помогают определить как общие черты, так и отличия разнообразных подходов. Конечно, необходимо определить методы, которые используются, и базовые теории; и поэтому эклектический подход к практике налагает самые высокие требования к профессиональным знаниям и навыкам. Более того, несопоставимые элементы должны не только быть совместимыми, они также должны быть способны к интеграции, и прежде всего пациентом.

Разнообразные последствия долгих лет изоляции стали очевидны после войны. Сформировались группы К. Мюллер-Брауншвайга и Х. Шульц-Хенке, который даже уже до 1933 года шел своим собственным путем. Он полагал, что продолжал развивать психоанализ за годы изоляции. Как показал Томэ (Thomä, 1963), ограниченное понимание переноса, присущее этому неопсихоаналитическому подходу, долго оказывало влияние как раз в то время, когда во всем научном мире стали расширяться теория и практика переноса. С другой стороны, критика Шульц-Хенке теории либидо и метапсихологии на первом послевоенном конгрессе Международной психоаналитической ассоциации, проведенном в Цюрихе, сегодня не вызвала бы сенсации, ее бы поддержали многие аналитики. В то время, однако, концепция и теории воспринимались как особенности психоаналитической идентичности в большей степени, чем сегодня.

Эмигрировавшие еврейские психоаналитики и члены IPA доверились Мюллер-Брауншвайгу, который оставался верным учению Фрейда и не провозглашал, что развил его дальше. Личные разногласия и процессы групповой динамики привели к поляризации, и Шульц-Хенке оказался первым кандидатом на роль козла отпущения. В 1950 году Мюллер-Брауншвайг основал Немецкую психоаналитическую ассоциацию (die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung — DPV), в которую первоначально входило девять членов, все из Берлина. А большинство из почти тридцати психоаналитиков Германии после войны оставались членами существовавшего Немецкого психоаналитического общества (die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft — DPG). Этот разрыв оказался фатальной поворотной точкой: лишь новая DPV была признана в качестве члена Международной психоаналитической ассоциации. Традиционное DPG, впервые основанное в 1910 году, больше не является обществом — членом IPA, но вместо этого стало филиалом Американской академии психоанализа.

Берлин не только оказался местом, где разделились две профессиональные группы. Разрушенный город был также центром восстановления психоанализа после 1945 года. Решающим фак-

тором в признании IPA Немецкой психоаналитической ассоциации было то, что Берлинский психоаналитический институт, членство в котором было идентичным членству в DPV, начал обучать аналитиков. Немецкие психоаналитики первого послевоенного поколения могли стать членами IPA только через этот институт. Вначале лишь один член IPA из Западной Германии был не из Берлина — Ф. Шоттлэндер из Штутгарта.

Последующее официальное признание психоанализа организациями, страхующими общественное здравоохранение, также началось в Берлине. Институт психогенных заболеваний (Institut für psychogene Erkrankungen der Versicherungsanstalt) был основан в Берлине в 1946 году под руководством В. Кемпера и X. Шульц-Хенке. Это была первая психотерапевтическая амбулаторная клиника, которую субсидировала полугосударственная организация, впоследствии ставшая Всеобщим берлинским фондом страхования здравоохранения (die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin). Это легло первым камнем в фундамент будущей психоаналитической терапии, признанной всеми организациями страхования общественного здравоохранения. Психоаналитики-немедики всегда активно работали в этой клинике, и после введения профессионального стандарта для практикующих психологов в Немецком институте психологических исследований и психотерапии (Deutsches Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie) у них появилась возможность без особых препятствий принимать участие в лечении пациентов. Психоаналитики без медицинской квалификации получили право лечить пациентов в рамках системы страхования здравоохранения с 1967 года.

В Западной Германии психосоматическая клиника при университете в Гейдельберге была основана в 1950 году по инициативе В. фон Вайцзэкера и при поддержке Фонда Рокфеллера. Во главе с ее директором А. Митчерлихом она выросла в учреждение, в котором осуществлялось психоаналитические лечение. Обучение и исследования объединились под одной крышей. Таким образом, впервые в истории немецкого высшего образования психоанализ стал способным учредить себя именно так, как это представлял себе Фрейд (1919) в статье, которую он вначале опубликовал только по-венгерски, и она осталась сравнительно неизвестной (Thomä, 1983b). Последующее основание государственного Института Зигмунда Фрейда во Франкфурте обязано усилиям Митчерлиха, которого поддержали Адорно и Хоркхаймер.

Многие из первого поколения психоаналитиков в Германии после войны начинали как практики-самоучки. Их собственный обучающий анализ был сравнительно коротким. Их объединяли интеллектуальная любознательность и энтузиазм (и даже любовь) по отношению к работам Фрейда, за признание которых они рьяно боролись. Такое вступление в психоанализ было характерно для пионерских времен его зарождения (A. Freud, 1983). На послевоенное поколение произвело глубокое впечатление то, что не-

мецкоязычные психоаналитики, живущие за границей, отбросили личные чувства и предложили свою помощь, несмотря на то что их силой заставили бежать от притеснений в нацистской Германии и даже несмотря на гибель членов их семей.

Эту помощь из-за границы и дома символизирует одно значительное событие: цикл лекций на тему «Фрейд в настоящее время» (Adorno, Dirks, 1957). Эти лекции были организованы в ознаменование сотой годовщины рождения Фрейда. Эриксон прочел первую лекцию 6 мая 1956 года в присутствии бывшего тогда президентом Федеративной Республики Германии Теодора Хойсса. Одиннадцать американских, английских и шведских психоаналитиков прочитали цикл лекций в университетах Франкфурта и Гейдельберга в течение летнего семестра 1956 года. Эти лекции явились результатом инициатив Адорно, Хоркхаймера и Митчерлиха и получили значительную поддержку от правительства земли Гессен.

На дальнейшее развитие психоанализа в Западной Германии положительно повлияло то, что стало возможным полноценное по времени обучение психоаналитиков в нескольких городах, как этого требовала для подготовки современных психоаналитиков А. Фрейд (1971). Немецкий фонд исследований (die Deutsche Forschungsgemeinschaft) начал поддерживать новое поколение аналитиков, обеспечивая финансовую поддержку обучению и супервизии случаев. В результате его доклад получил название «Размышления о состоянии врачебной психотерапии и психосоматической медицины» («Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin») (Görres et al., 1964). Интенсивная супервизия, обсуждение случаев со многими европейскими и американскими психоаналитиками, представляющими почти все школы психоанализа, а также периоды работы за границей позволили немецким психоаналитикам послевоенного поколения преодолеть пробелы в знаниях, образовавшиеся во время нацистского периода, и к середине 1960-х годов достичь международных стандартов работы (Thomä, 1964). Многочисленные идентификации, образующиеся при передаче знаний, судя по всему, лишь тогда вредны, когда эти идентификации несоотносимы друг с другом и не интегрируются научно с работами Фрейда посредством критического обсуждения.

О быстром развитии психоанализа в Западной Германии можно судить по тому факту, что две психоаналитические организации, НПА (DPV) и НПО (DPG), сейчас в целом насчитывают около 650 членов. Значительный интерес к психоанализу также проявляется смежными дисциплинами, хотя в целом междисциплинарное сотрудничество ограничено лишь несколькими областями. Количество врачей и психологов, которые стремятся к психоаналитическому обучению, очень велико по сравнению с другими странами. Психоаналитики возглавляют факультеты психотерапии и психосоматики во многих немецких университетах. Если можно постоянно укреплять и расширять парадигму

Фрейда в университетах, то есть большая вероятность того, что произойдет крайне необходимая интенсификация психоаналитических исследований. Значение медицинского применения психоанализа заходит гораздо дальше его специфической техники лечения, и связанные с этим идеи Балинта приняты врачами в Германии шире, чем где-либо еще. В Германии больше балинтовских групп, чем в других странах. Их участники изучают свою терапевтическую деятельность с точки зрения взаимодействия, чтобы добиться таких отношений врач — пациент, которые благоприятно влияли бы на течение болезни.

Несмотря на общепризнанное восстановление психоанализа в Германии с 1945 года, у гораздо большего числа немецких психоаналитиков есть проблемы со своей профессиональной идентичностью, чем у их коллег в других странах. Большинство из них не уверены в себе и демонстрируют правоверное и смиренное отношение к представителям IPA, независимо от индивидуального мнения последних (положительного или отрицательного) по поводу стандартов немецкой психоаналитической подготовки (Richter, 1985; Rosenkötter, 1983). Однако если посмотреть на это с исторической точки зрения, то вряд ли кого удивит необычайная уязвимость немецких психоаналитиков в отношении бессознательных процессов, которые интерпретировал Клаубер. Многие не знают меры в идеализации работ Фрейда, другие стремятся утвердить свою собственную идентичность, в то время как третьи снова и снова ставят ее под вопрос (несомненно, профилактически, поскольку они опасаются, что их будут критиковать за самонадеянную независимость). Все это симптоматично для той формы онтогенетического кризиса идентичности, которую Эриксон охарактеризовал как «автономию *против* стыда и сомнений» (Erikson, 1959). Они не могут спокойно обозначить свою собственную профессиональную идентичность на основе теоретической критики Фрейда (отца-основателя), потому что это ощущается как символическая идентификация с теми, кто отвергал его с политической и расовой позиции и преследовал его самого и его народ; отсюда происходит амбивалентность между покорной ортодоксией и «невротическим» реактивным образованием, ей противоречащим. И снова, несмотря на то что могут существовать обоснованные научные доводы в пользу разработки согласованной «синоптической» теории глубинной психологии (которая могла бы быть подкреплена различными практическими школами и тем избежала бы необоснованных идиосинкразий), немецкие аналитики не могут симпатизировать этому проекту, не ощущая при этом, что «продаются» нацистской и злоумышленной «арийской психотерапии».

Но эти опасения лишь накрепко связывают созидательный и критический потенциал с прошлым и затрудняют решение современных проблем психоанализа. Однако сомнения, как движущая сила изменений и прогресса, не должны быть ограниче-

ны прошлым и вопросами истории, в связи с которыми некоторые части учения Фрейда приносились в жертву в ходе приспособления к политическим обстоятельствам либо по другим ненаучным причинам. Обвинения в преступлениях отцов и дедов, реальных или духовных, и выявление их личных и политических просчетов можно использовать и вне психоаналитической терапии как форму сопротивления тому, чтобы решать задачи настоящего момента. Многообещающей основой для плодотворного нового начала может оказаться сравнение проблем прошлого и настоящего. Размышляя о преходящем характере красоты, искусства и духовных достижений, Фрейд приходит к оптимистическому выводу. Он утверждает, что печаль в какой-то момент истощается, а потеря принимается и тогда молодые люди «замещают потерянные объекты новыми, столь же или даже еще более ценными» (Freud, 1916a, p. 307).

Замысел этой книги и работа над ней очень тесно связаны с отделением психотерапии Ульмского университета, основанным в 1967 году, на базе которого сформировался Ульмский психоаналитический институт. Старший из авторов, являясь главой факультета, мог многое почерпнуть из собственного опыта долгой профессиональной карьеры, начавшейся в Штутгарте. Годы работы в психосоматической клинике Гейдельбергского университета положили клиническое основание психоаналитической мысли. Это учреждение, руководимое А.Митчерлихом, было духовной родиной, которая постоянно привлекала меня и всегда звала вернуться из-за границы. Год, проведенный мною в качестве фулбрайтского стипендиата в Йельском психиатрическом институте (1955—1956), оказал направляющее влияние, а еще год исследований и дальнейшего обучения, на этот раз в Лондоне в 1962 году при поддержке Американского благотворительного фонда исследований в психиатрии, оказался решающим.

Стержень нашей книги — исследование психоаналитического процесса и его результатов. Мы благодарны Немецкому фонду исследований за его продолжительную поддержку с 1970 года, которая сделала возможным для младшего автора с самого начала совмещать клиническую подготовку и исследования в Ульме. Нельзя недооценить прямое и косвенное влияние профессиональной критики — изнутри и извне — на наше клиническое мышление и деятельность. Этой книги не существовало бы в ее настоящем виде, если бы исследования не открыли нам глаза на многие проблемы.

Сеть контактов, из которых развилась эта книга, настолько обширна, что мы вряд ли сможем выразить свою признательность всем тем, кто на протяжении лет нас поддерживал эмоционально и интеллектуально. Мы хотели бы выразить нашу благодарность всем, кто внес прямой вклад, и особенно хотели бы подчеркнуть, что книга не выглядела бы так, как она выглядит сейчас, если бы наши коллеги из Ульма часто не направляли бы

нас, не вносили бы вклад в наброски некоторых разделов книги и не предлагали бы поправок.

Мы особенно благодарны нашим коллегам-психоаналитикам и коллегам из других областей, которые лично прочитали определенные разделы и главы на некоторых этапах работы. Их конструктивные комментарии дали нам очень большой стимул в подготовке отдельных частей книги. Обмен идеями нередко заставлял нас формулировать нашу собственную позицию более точно или пересматривать ее. Конечно, ответственность за окончательный текст несем мы одни, но нашей благодарности за критические комментарии по поводу набросков различных разделов заслуживают следующие коллеги:

Марта Айке-Шпенглер, Фридрих Вильгельм Айкофф, Кристофер Т. Бевер, Герман Беланд, Клаус Бишоф, Вернер Болебер, Клеменс де Боор, Клаус Граве, Йоханнес Грунерт, Урсула Грунерт, Сибилле Дрюс, Альмут Зельшопп, Раймер Карстенс, Джон С. Кафка, Отто Ф. Кернберг, Гизела Кланн-Делиус, Райнер Краузе, Йоханнес Кремериус, Марта Кукку-Леманн, Мартин Лев-Беер, Ульрике Май, Адольф Эрнст Майер, Эмма Мерш, Фридрих Найнхаус, Петер Новак, Михаэль Ротманн, Маргрет Теннесманн, Гертруда Тихо, Эрнст Тихо, Франц Рудольф Фабер, Рудольф Хаарстрик, Ингеборг Циммерманн, Эрнст Конрад Шпехт, Ульрих Эбальд, Вольфрам Элерс и Эрхард Эффер.

Гораздо больше, чем мы могли на это претендовать, нас поддержали, несмотря на все взлеты и падения, в процессе работы над книгой Розмари Берти, Ингрид Фрайшлад, Доррис Гайсмайер, Аннемари Зильбербергер и Бригитте Гебхардт. Возможности, которые сейчас открываются благодаря компьютерной обработке, упрощают работу по изменению и улучшению многочисленных черновиков, но эта технология налагает возрастающие требования к образованности и организованности секретариата. То, что неизбежные трения всегда заканчивались успешным сотрудничеством, эффективность которого все возрастала, — следствие преданности наших помощников делу. Хармут Шренк координировал работу между сотрудниками нашего отделения издательства «Шпрингер» и авторами. Мы также благодарны ему и Клаудии Симонс за тщательную подготовку ссылок. Авторский и тематический индекс готовил Михаэль Хольцер.

С самого начала в отношениях между авторами и Тони Граф-Бауманом, редактором, ответственным за психоанализ в издательстве «Шпрингер», создалась благоприятная и коллегиальная атмосфера.

Теперь мы передаем этот текст о практике психоанализа читателю в надежде, что он будет полезен тем, для кого он в конечном счете и написан — для пациентов.

Ульм, июль 1985

Хельмут Томэ, Хорст Кэхеле

# От издателей

Нам доставляет большое удовольствие представить вниманию отечественного читателя объемный труд профессоров Ульмского университета Хельмута Томэ и Хорста Кэхеле «Современный психоанализ» (том 1 — «Теория», том 2 — «Практика»). Написав эту фразу, мы вполне отдаем себе отчет в том, что читатель может счесть ее дежурным комплиментом книге, которую он держит в руках, однако удовольствие наше действительно велико — хотя бы уже потому, что, несмотря на бесчисленные препятствия, которые можно легко себе представить, эта книга все-таки вышла и сейчас доступна всем тем, кто в ней нуждается и кого она может заинтересовать.

В чем же значение появления на русском языке этого всеохватывающего труда? Прежде всего, несомненно, в том, что это первый за последние шестьдесят лет случай, когда у нас переводится фундаментальная работа, отражающая современное состояние психоаналитической теории и практики. Последними примерами тому были книги Фрейда, выходившие до и в первое десятилетие после революции, через несколько лет после появления оригиналов. Вышедший у нас недавно учебник Р. Гринсона «Техника и практика психоанализа», который сыграл огромную роль в профессиональном становлении отечественных психотерапевтов задолго до того, как был официально напечатан и появился на прилавках магазинов, стал доступен русскому читателю чуть ли не через тридцать лет после того, как был прочитан в Америке и Европе.

Далее, колоссальное достоинство этого труда в том, что он в первую очередь предназначен для специалистов (а их, кстати сказать, не так уж мало), которые относятся к психоанализу не только как к философскому учению, занимательной психологической теории или технологии собственного личностного роста, но и как к профессии, связанной с большой ответственностью и требующей всесторонней подготовки. При этом — и это тоже очень важно — книга Томэ и Кэхеле сильно отличается от учебника в традиционном «школьном» понимании, к которому мы привыкли. Она представляет свой предмет не как застывшую глыбу завершенного знания с набором готовых рецептов и од-

2-1030

нозначных толкований, а как открытую, развивающуюся, динамичную систему, в которой есть противоречия, разные мнения и нерешенные вопросы. И большой заслугой авторов, на наш взгляд, является то, что, разбирая даже такие классические понятия, как «перенос», «контрперенос» или «сопротивление», они дают читателю возможность почувствовать полифонию современной психоаналитической мысли, окунуться в атмосферу полемики между различными течениями и школами, не скрывая при этом собственного мнения и в полной мере давая высказаться своим оппонентам.

Наконец, хочется отметить, что позиция авторов базируется на доскональном знании классической и современной психоаналитической литературы, богатейшем опыте собственной клинической практики и многолетней исследовательской работе (последнее не часто встречается среди психоаналитиков).

А теперь коротко скажем о структуре и содержании книги. В первом томе авторы детально разбирают ключевые принципы и понятия психоаналитического метода — перенос, аналитические отношения, контрперенос, сопротивление, толкование сновидений. Обсуждаются цели, задачи и техника проведения начального интервью, проблемы, связанные с постановкой диагноза, принадлежностью пациентов к тем или другим возрастным и социальным группам. Особое внимание уделено влиянию на организацию и ход терапии третьих лиц (членов семей пациентов, страховых компаний и т.д.). Дается подробная характеристика правил, к которым прибегает психоаналитик, многообразия средств, путей и целей, определяющих психоаналитический процесс. При этом авторы гибко меняют перспективу и масштаб рассмотрения психоаналитического процесса, то концентрируясь на частных его аспектах — например, на том, как аналитик должен реагировать на вопросы пациента, — то исследуя общие стратегические проблемы терапии.

Читая страницы, посвященные истории психоанализа в Германии, российский читатель может обнаружить параллели с развитием психоанализа у нас в стране: и в Германии, и в Советском Союзе бурно развивавшаяся психоаналитическая традиция была прервана тоталитарным режимом. Книги Фрейда и его учеников стали недоступны, а многие психоаналитики были вынуждены эмигрировать. Однако в послевоенное время немецким аналитикам благодаря собственному энтузиазму и помощи из-за рубежа удалось восстановить психоаналитическую традицию. А теперь Томэ и Кэхеле своей книгой, переведенной на русский язык, передают эту эстафету помощи нам.

Второй том в основном посвящен клиническим иллюстрациям теоретических положений первого тома. Авторы как бы приоткрывают перед нами двери психоаналитического кабинета, по-

зволяя стать свидетелями реальных диалогов с пациентами, записанных на магнитофон.

Эта книга может быть прочитана разными способами, подобно «Игре в классики» Кортасара, в зависимости от конкретных интересов и уровня подготовки читателя. Кому-то может показаться естественным начать с раздела, посвященного начальному интервью, другим — с раздела о правилах, а некоторые сразу обратятся ко второму тому, где речь идет о практике. Но на самом деле эти пути не исключают друг друга: труд Томэ и Кэхеле заслуживает неоднократного прочтения. Мы уверены, что эта книга станет настольной для всех профессионалов, интересующихся теорией и практикой психоанализа.

*С.Г. Аграчев*
*И.М. Кадыров*

# От редактора русского перевода

Переводить можно правильно или неправильно, но считать перевод единственно правильным можно лишь в том случае, если за ним стоит прочная традиция, нарушение которой вызвало бы лишь недоразумения. Если же речь идет о чем-то новом, терминологически еще не устоявшемся, то переводящий оказывается перед выбором: искать уже существующие в родном языке приблизительные эквиваленты новым понятиям в надежде, что они постепенно обретут еще одно значение, либо оставить их в почти неизменном виде, с расчетом, что неуклюжесть и чуждость звучания сотрутся временем и частотой употребления. Другие варианты, как, например, изобретение неологизмов и калькирование иностранных слов, являются, по существу, лишь промежуточными. Бдительно и настороженно пере-перевести или благодушно и некритично недо-перевести — вот две крайности, между которыми лавирует переводчик. Славянофил и западник — или в советском переводе патриот и космополит — строго взирают на него с обеих сторон, и ему начинает казаться, что как раз на равнодействующей их взглядов и лежит единственно верное решение.

Если же дело касается современной психоаналитической литературы, то здесь переводчик попадает даже не в одномерный пролив между Сциллой и Харибдой, а в многомерный лабиринт. Казалось бы, следует попытаться восстановить оборванную традицию и как можно точнее придерживаться терминологии первых переводов Фрейда. Но этот путь заводит в тупик не только потому, что современное устное профессиональное словоупотребление естественным образом отошло от стиля 1910 — 1920-х годов, но и в связи с тем, что немецкоязычная традиция психоанализа тоже была прервана, многие его видные представители почти одновременно с исчезновением психоанализа в СССР вынуждены были эмигрировать в англоязычные главным образом страны и в течение многих лет важные для его развития работы писались по-английски. Обойти этот факт вниманием нельзя никак, так как при переложении на англоязычную почву язык психоанализа претерпел принципиальные изменения, а кроме того, подавляющее большинство отечественных профес-

сионалов сейчас читает зарубежную литературу именно по-английски и некоторые английские термины уже вошли в обиход.

Мы не видим веских оснований закрывать глаза на уже сложившуюся устную традицию и употребляем *Ид*, *Эго* и *Супер-Эго* наряду с *Оно*, *Я* и *Сверх-Я*, если речь идет о текстах, написанных на английском языке. Изобретенные Джеймсом Стрэчи термины кажутся нам даже удобными в определенных случаях и для русского профессионального языка. Оставляя в своем распоряжении *Эго* как отдельное слово и как часть составных слов типа *эгопсихология*, мы освобождаем *Я* для обозначения труднопереводимого слова *self* (self-psychology, self-object).

Построение, скажем, термина *само-объект* по примеру таких составных слов, как *самообман, саморазрушение, самолюбие, самооценка*, представляется удачным лишь на первый взгляд. В русском языке часть слова *само-* употребляется в двух значениях: обращенности действия на себя (сам себе) и автономности, самостоятельности (сам по себе) — ср. самоуправление — самоуправство. По своему смыслу слово *self-object* должно принадлежать семантическому полю «направленности на себя»: самолюбие — самолюбование — нарциссизм, тогда как *самообъект* больше ассоциируется со словами, выражающими автономию, — *самоцвет, самовар, самолет*.

Это ощущение возникает, скорее всего, потому, что значение обращенности действия на себя подразумевает корень слова, напрямую ассоциирующийся с соответствующим глаголом, требует обязательного подчеркивания существительным процесса; значение же автономности допускает корень, связь которого с глаголом не сразу очевидна, как в словах *самоцвет, самодур, самоцель. Объект* — корень вообще не глагольный и для образования аналогичного слова не подходит, но с внешней точки зрения он больше похож на слова, в которых глагольное значение стерто. Так, слово *самообъективация* (что бы оно ни означало) по самой своей форме может быть прочитано и в смысле обращенности на себя, а слово *самообъект* — нет. По своей форме оно воспринимается, скорее, как аналогия слова *самоцель*.

Поэтому мы остановили свой выбор на вариантах *Я-психология* и *Я-объект*. Войдут ли они органично в профессиональную речь или часто звучащее английское *self* перекочует на бумагу в латинской транскрипции либо в транслитерации, покажет только будущее.

Вообще говоря, баланс между прямым заимствованием и переводом определяет сама жизнь, и тому есть много исторических примеров. Такой баланс обычно допускает иногда равноправное, иногда с перевесом в одну сторону сосуществование двух вариантов. *Аэроплан, геликоптер, трансмиссия* или *само-*

*лет, вертолет, передача.* Предоставим читателю самому датировать возникновение разных вариантов и размышлять о факторах, определяющих их популярность. Считается, например, что *межличностный* звучит по-русски красивее, чем *интерперсональный*, но подобрать удачный отечественный вариант слова *биперсональный* невозможно.

Многозначное слово *вытеснение* прочно утвердилось как психоаналитический термин (repression, Verdrangung). Оно вытеснило такие встречавшиеся ранее варианты, как *репрессия* и *подавление*, несмотря на то что последние лучше передают «военную» метафорику Фрейда.

Термин *перенос* заменил *перенесение*, употреблявшееся в старых переводах Фрейда, и сильно потеснил *трансфер*, однако выражение *переносный смысл* несет слишком большую нагрузку в обыденной речи, чтобы можно было отказаться от прилагательного *трансферентный*. В английском языке, например, в значении «переносный» используются прилагательные, близкие к русским «фигуральный», «метафорический», поэтому слово *трансферентный* остается свободным для использования в качестве психоаналитического термина. Именно благодаря недвусмысленности, ясной отсылке к психоанализу, к медицине с ее латинской терминологией использование таких выражений, как *трансферентные отношения, трансферентная любовь* и т.п., кажется нам более строгим и элегантным, а тем самым более приемлемым этически и эстетически, чем прилагательного с русским корнем.

Мы отдаем себе отчет, что оставляем в достаточно разбалансированном состоянии перевод группы терминов, связанных с *контеинированием — вмещением*. Не в силах подавить желание найти более подходящий к описанию чувств эквивалент этому слишком техническому для русского языка термину, мы все же не можем объявить его совсем «непечатным». Если читатель не будет знать, какое слово мы перевели как *вмещение*, то могут возникнуть серьезные недоразумения, так как это слово, к сожалению, иногда ошибочно переводится как *удерживание* или даже *сдерживание*, что искажает его смысл.

В принципе против применения технических терминов в психоанализе трудно возражать. Техника — это та область, где нужно быстрое взаимопонимание, где чтение литературы на языке оригинала опережает ее перевод. Облегчая такое чтение, заимствования сами по себе имеют большой технический смысл. Мы оставляем и само слово *техника*, не заменяя его более традиционной в психологии и педагогике *методикой*.

Вновь создаваемые технические термины обычно на языке оригинала являются всякому понятными метафорами (самый близкий сегодня пример — компьютерный язык), а на иностран-

ном языке часто выглядят неуклюже, «не по-человечески». В принципе засорение языка при техническом прогрессе неизбежно, как засорение природы, но это может быть бессмысленное загрязнение и обеднение, а может быть обогащение одного языка другим, а в конечном счете и взаимное обогащение языков, как это иногда происходит в психоанализе: немецкий, английский и другие языки — и вновь немецкий. Яркий пример этому — книга, которую вы держите в руках.

Техника быстро становится интернациональной или, если хотите, международной. Вообще говоря, использование параллельных — пусть даже и не полностью синонимичных — терминов для одного и того же психоаналитического понятия не кажется нам чем-то неприемлемым. Например, *интерпретация* и *толкование* многие годы уживаются без всяких недоразумений даже не как близнецы, а как костюмы (соответственно, расхожий и специально подобранный), надеваемые в зависимости от ситуации. Так же мы не можем отдать предпочтения одному из одинаковых по смыслу вариантов: *конкордантный* — *комплементарный* или *соответствующий* — *дополнительный*.

В русском языке существуют слова *объект* и *предмет*, близкие, но не равнозначные. В прошлом слово *предмет* гораздо чаще применялось по отношению к людям (предмет моей страсти, мой предмет). Сейчас это употребление кажется архаичным. *Объект* в большей степени звучит как специальный термин, однако после пояснения становится совершенно понятен и как обозначающий людей и представления о них, а кроме того, является общим для европейских языков, поэтому мы оставили его в неизменном виде.

От некоторых бытующих в обыденной речи терминов, по нашему мнению, в профессиональной сфере следует отказаться. *Подсознание* является неточным переводом — на других языках есть *сознание* и *бессознательное* — и провоцирует игру слов: *подсознание, надсознание,* — отсылающую нас к временам критики фрейдизма, когда мир был расщеплен на темное биологическое «под» и светлое социальное «над».

Нам представляется нецелесообразным и употребление на русском языке словосочетания *пограничное состояние* в контексте психоанализа. В советской психиатрии к пограничным состояниям или расстройствам относились неврозы и психопатии. В психоанализе используется понятие *пограничный синдром* (borderline syndrome или condition, Grenzfall), которое имеет другой фактический и концептуальный смысл.

К терминам, переводившимся без колебаний, можно отнести *расщепление* (split, Spaltung), *проработку* (working through, Durcharbeiten), *отреагирование* (abreaction, Abreaktion), *отыгрывание вовне — внутрь* (acting out — in, Agieren), *всемогущество*

(omnipotency, Allmacht — Omnipotenz) и многие другие, уже утвердившиеся в профессиональном языке.

В двойном варианте мы оставили *инсайт* — *озарение* (insight, Einsicht) и *катексис* — *наполнение* (cathexis, Bezetzung), полагая, что заимствованные слова настолько широко употребимы, что переводить их уже просто поздно.

Мы остановились на слове *супервизия* как на более прозаичном, чем другой возможный вариант — *супервидение*, — вызывающий слишком много ассоциаций с предвидением, ясновидением, с всемогуществом супервизора. Слово *супервизорство* не передает нужного смысла, так как предполагает лишь институт или традицию, но не процесс.

Из всех возможных значений слова *to resolve* (растворяться, распадаться и т.д.) мы остановились на самом широко употребимом среди профессионалов, хотя и не укладывающемся в обыденный язык выражении *разрешить перенос*, сочтя, что оно вызывает подходящие в данном случае образы: «разрешить сомнения», «разрешиться от бремени», «разрешение мелодии в консонанс».

И в заключение о транслитерации имен собственных. В этом вопросе мы руководствовались традициями — устными и письменными. Так, например, Мелани Кляйн у нас звучит по-немецки, а Джордж Клейн по-английски, Шандор Ференци — по-венгерски и т.д. Мы знаем, что в странах латинского алфавита все имена пишутся единообразно, однако их произношение сильно зависит от родного языка говорящего. Может быть, есть что-то символичное в том, что у нас имя Зигмунда Фрейда и пишется, и произносится на русский лад.

Понимая, что перевод никогда не может быть, как уже было сказано, единственно правильным и свободным от недостатков, переводчики и редактор будут благодарны читателям за отзывы и критические замечания.

*Анна Казанская*
*Москва, январь 1996*

# 1 Психоанализ. Современное состояние

## 1.1 Наша позиция

В этой книге мы будем часто и подробно ссылаться на работы Зигмунда Фрейда. Поэтому сначала нам бы хотелось дать общее представление о том, как мы понимаем его работы и какой является наша собственная позиция в вопросах психоанализа. Обширное цитирование Фрейда служит нескольким целям. Несмотря на успехи в систематизации материала, на сегодняшний день справедливо отметить, что «лучший способ понимания психоанализа все еще заключается в том, чтобы проследить его происхождение и развитие» (Freud, 1923a, p. 235). Ознакомление с классическими текстами является необходимым условием для понимания современных проблем психоанализа и поиска их решений.

Целью данной работы является *исторически ориентированное систематическое описание психоанализа.* Мы используем источники, питавшие психоаналитическое течение, чтобы продемонстрировать те направления в его развитии, которые привели к современным взглядам. Отрывки, которые мы цитируем, служат средством достижения следующей цели: мы обосновываем и защищаем нашу точку зрения, полемизируя с позицией Фрейда. Противоречия, имеющиеся в его работах и десятилетиями повторяющиеся в той или иной форме, свидетельствуют об открытости психоанализа: «...он находит свой путь на ощупь благодаря опыту, он всегда незавершен и всегда готов к исправлению или модификациям своей теории» (Freud, 1923a, p. 253). Его прочное основание заложено в следующих трех отрывках из Фрейда.

С самого начала в психоанализе существовала *неразрывная связь между лечением и исследованием.* Знание приносило терапевтический успех. Было невозможно лечить пациента, не узнав что-то новое; было невозможным достижение нового инсайта без понимания его благотворных результатов. Наша аналитическая процедура является единственной, где гарантировано это ценное соединение. Только благодаря проведению нашей *пастырской работы* мы можем углубить наше брезжущее понимание человеческого разума. Эта перспектива научных открытий составляет самую ве-

личавую и счастливую черту аналитической работы (Freud, 1927a, p. 256; курсив наш).

Случаи анализа, которые приводят к благоприятному завершению в течение короткого времени, ценны тем, что они способствуют росту самооценки терапевта и подтверждают *медицинскую важность* психоанализа; но они остаются большей частью малозначительными с точки зрения продвижения *научного знания*. Из них нельзя научиться ничему новому. Фактически они и достигают успеха так скоро, потому что все, что было необходимо для их завершения, уже было известно. Что-то новое можно добыть только из тех случаев психоанализа, которые представляют особые трудности, и, чтобы их преодолеть, необходимо посвятить этому очень много времени. Только в таких случаях мы можем успешно опуститься на самые глубинные и наиболее примитивные уровни психического развития и оттуда найти решение для проблем более позднего образования. И тогда мы чувствуем, что, строго говоря, *только анализ, который проник так далеко, заслуживает этого названия* (Freud, 1918, p. 10; курсив наш).

Я уже говорил вам, что психоанализ начинался как метод лечения, но я бы не хотел привлекать ваш интерес к нему как к способу лечения; он достоин интереса благодаря истинам, которые содержит, благодаря информации, которую он нам дает о том, что прежде всего имеет отношение к человеку, его собственной природе, и благодаря связям, которые он раскрывает, между самыми различными сферами деятельности человека. В качестве метода лечения он — один среди многих, хотя наверняка *primus inter pares*[1]. Если бы он не представлял терапевтической ценности, он не был бы открыт как таковой и не получил бы дальнейшего развития в течение уже более чем тридцати лет (Freud, 1933a, p. 156 — 157; курсив наш).

Как показывают эти цитаты, Фрейд наметил план классического здания, которое, однако, никогда не достигнет завершения, и не только потому, что каждый аналитик снова находит строительный материал в каждом случае анализа, даже если он уже и был до него использован, но и в принципе.

Три основных тезиса, выраженные в этих отрывках, содержат важные компоненты причинного понимания терапии. Фрейд не допускает никакого ослабления нерасторжимой связи лечения и исследования. Аналитик не может быть удовлетворен только терапевтическим успехом. Он хочет высветить генезис психических нарушений и сверх того выяснить, как они изменяются в курсе терапии или почему они не изменяются. Неудачи всегда являются самым большим стимулом. Утверждение о том, что существует нерасторжимая связь между лечением и исследованием, требует, чтобы и то, что определяет генезис и изменение, и то, что определяет неудачи в терапии, стало предметом научного исследования. Психоанализ пошел дальше терапии внушением, ориентированной на симптомы. Не делать попыток объяснения, не предпринимать усилий к тому, чтобы выве-

---

[1] Первый между равными (*лат.*).

сти общие заключения из конкретного материала, который получен, равносильно возврату к прагматизму или «бесконечной цепи экспериментирования» (Freud, 1933a, p. 153). Фрейд выразил озабоченность тем, что «терапия... уничтожит науку» (1927, p. 254). Он считал, что его строгие (беспристрастные) правила исследования и лечения создают наилучшие научные условия для реконструкции ранних воспоминаний пациента и что раскрытие амнезий создает оптимальные условия для терапии (1919e, p. 183). Сегодня мы знаем, что поддержание нерасторжимой связи требует большего, чем просто отказ от грубого внушения и строгое соблюдение стандартизированных правил лечения. Даже Фрейд настаивал на создании наиболее благоприятных условий в каждой отдельной аналитической ситуации, то есть признавал необходимость гибкости, ориентированной на пациента (1910d, p. 145).

Создание терапевтической ситуации является предпосылкой того, чтобы бессознательные психические связи стали доступными инсайту. Фрейд недооценивал научную ценность демонстрирования терапевтического изменения и прояснения лечебных факторов. Он писал в связи с этим: «Психоанализ — это не беспристрастное научное исследование, а терапевтическое средство. Суть его не в том, чтобы что-то доказать, а в том, чтобы просто что-то изменить» (1909d, p. 104). Обоснованность противопоставления этих двух пунктов является спорной. Основная задача современного исследования в терапии заключается в том, чтобы показать, что изменения происходят в курсе психоаналитического лечения, и прояснить отношения между этими изменениями и теориями, которых придерживается аналитик. Если это будет достигнуто, будут решены многие проблемы. Для Фрейда установление *причинных* связей имело приоритет; это принцип, на котором был основан классический психоанализ и который отличает его от терапии внушением. Фрейд касался этого вопроса, комментируя мнение эксперта, подготовленное Инсбрукским факультетом медицины, по поводу случая Хальсманна (Freud, 1931d). Филипп Хальсманн обвинялся в убийстве своего отца, и защита утверждала, что он не несет ответственности, ссылаясь на эдипов комплекс как на смягчающий фактор. Таким образом, надо было прояснить вопрос о причинных отношениях между эдиповым комплексом и предполагаемым отцеубийством. Фрейд утверждал, что от эдипова комплекса «очень далеко до обоснования такого деяния. Именно потому, что он *присутствует всегда*, эдипов комплекс не годится в качестве основания при решении вопроса о виновности» (1913d, p. 252; курсив наш). Место отцеубийства в этом примере могло бы занять любое другое обстоятельство или симптом. Более того, если систему патологии, основанную на таком одностороннем

взгляде, заменить системой двух классов (эдипов — доэдипов), объяснительная сила возрастет лишь минимально. Фрейд иллюстрирует это положение следующим анекдотом:

Произошла кража со взломом. Человек, который владел отмычкой, был сочтен виновным в преступлении. После вынесения приговора его спросили, хочет ли он что-нибудь сказать; он попросил, чтобы его приговорили также за адюльтер, потому что у него и для этого есть инструмент (Freud, 1931d, p. 252).

Глобальные псевдообъяснения в данном случае важны не более, чем миф о грехопадении в теологии. Подобно притязаниям на исцеление всех мировых болезней только в силу изменений в одной или двух областях, очень привлекательна и идея о том, что психические нарушения имеют стандартную эдипову или доэдипову этиологию и что существует два вида соответствующей терапии с поляризацией между отношениями и толкованием (Cremerius, 1979). Это представление ставит в соответствие самые глубинные уровни с ранними и наиболее сильными патогенными факторами, которые, кажется, объясняют все. Различные школы попирают основную идею классического подхода во имя своих относительных стандартизаций, когда им не удается представить или даже попытаться представить необходимые доказательства или, наоборот, счесть, что они уже представлены. Психоанализ постоянно создается вновь, если делается попытка перевести в практику те принципы, которые содержатся в трех отрывках из Фрейда, процитированных нами выше. Уже полученные знания необходимо постоянно проверять. Опускание на самые глубокие патогенные уровни должно быть оправдано решением текущих проблем, которые в свою очередь зависят от патогенных факторов, имеющих глубинные корни.

Из учения Фрейда можно заключить, что терапия, осуществляемая на знакомой территории, проходит значительно быстрее. Овладение аналитика своим ремеслом (осмысленной передачей своих знаний, способностей и опыта) должно вести даже к ускорению лечения. Самооценка и аналитика и пациента вырастает, когда успех предсказан и достигнут. В самом деле, многие случаи кратковременной — по длительности или количеству сеансов — терапии достигают долговременных изменений, и в силу этого их нельзя отбросить просто как лечение симптомов или разрешение переноса. Случаи анализа, ведущие к благоприятному завершению в течение короткого времени, однако, не очень ценятся сегодня и едва ли повышают профессиональный престиж аналитика. Скорее существует тенденция соотносить качество анализа с его длительностью, хотя это уже совсем другой вопрос: отвечают ли таким образом полученные знания терапевтическим и теоретическим критериям?

Работы Фрейда можно цитировать в поддержку различных подходов. Нельзя не заметить, что в терапевтическом и научном мышлении Фрейдом владела идея, предполагающая, что в один прекрасный день можно будет отбросить все другие влияния и прийти к чистому интерпретированию. Утопическое ви́дение чистого толкования, которое отстаивал Эйсслер (Eissler, 1958) в своем споре с Лёвенштайном (Loewenstein, 1958), решило бы огромное количество практических и теоретических проблем, и трудно устоять перед таким искушением. Мы бы тоже с радостью с этим согласились, если бы не опыт — наш лучший учитель. В этом контексте Фрейд (1919a, p. 162) спрашивал, достаточно ли делать вытесненный материал сознательным и раскрывать сопротивления: «Должны ли мы предоставить пациенту одному иметь дело с сопротивлениями, на которые мы ему указали? Не можем ли мы оказать ему в этом какую-нибудь другую помощь, кроме тех стимулов, которые он получает из переноса?» К этим вопросам легко можно добавить другие, но необходимости это делать нет, так как она исключена следующим вопросом самого Фрейда: «Не кажется ли естественным то, что нам следовало бы помочь ему также и другим образом, помещая его в психологическую ситуацию, наиболее благоприятную для разрешения конфликта, что и является нашей целью?» С точки зрения стандартной техники уже не нужно больше думать о структурировании аналитической ситуации. Утверждается, что при следовании установленным правилам будут созданы оптимальные условия для распознавания бессознательных компонентов конфликта. В этом случае пациентам, которые в первую очередь подходят для анализа, была бы излишней дополнительная помощь посредством гибкого структурирования аналитической ситуации, так как внешние рамки — частота встреч, использование кушетки и т.д. — уже так убедительно доказали свою целесообразность, что критический пересмотр излишен. Однако фактически искусство психоаналитического толкования, суть техники зависят от многих факторов, отрицание которых ограничило бы как теоретическую силу, так и терапевтическую эффективность психоаналитического метода.

Всегда, когда делается попытка адаптировать метод к обстоятельствам отдельных пациентов или групп типичных пациентов, нужно стремиться к вариантам психоаналитического метода, рекомендованным Фрейдом. В то время как показания для стандартной техники становились все более узкими и подыскивались пациенты, которые подходили бы к этому методу, гибкое применение метода вело к модификациям, допускающим широко распространенное применение психоаналитической терапии. Стандартная техника требует *избирательного* подхода к показаниям: пациент должен приспособиться к методу. Модифициро-

ванные техники допускают *адаптивный* набор показаний (Baumann, 1981) — в этом случае лечение меняется, чтобы соответствовать пациенту. Это снова позволяет понимать терапию широко, что послужит на пользу пациентам всех возрастов и любого социального происхождения с большим спектром психических и психосоматических заболеваний. Рост продолжительности жизни также привел к ослаблению ограничений при использовании психоанализа для пациентов не старше среднего возраста; это ограничение было рекомендовано Фрейдом, но поставлено под вопрос Абрахамом уже в 1920 году. Применение адаптивного показателя при использовании психоаналитического метода применительно к людям старшего возраста шло рука об руку с расширением психоаналитической теории: типичные кризисы и конфликты каждой фазы жизни — отрочества, зрелости, среднего возраста и старости наряду с ранним детством — приобрели должное значение для понимания патогенеза психических и психосоматических заболеваний (Erikson, 1959; Greenspan, Pollock, 1980a,b, 1981; Lidz, 1968). Адаптивное показание предполагает модификацию психоаналитической техники особенно для пожилых пациентов (Steury, Blank, 1981; Radebold, 1982). Есть страны, где осуществились надежды Фрейда на то, что пациенты всех слоев общества станут пользоваться преимуществами психоаналитического лечения (Strotzka, 1969a,b, 1980), о чем мы подробнее расскажем в разделе 6.6.

Классические научные теории — это не античные памятники, и их не следует охранять сходным образом. Валенстейн (Valenstein, 1979) не смог найти убедительного определения «классическому» психоанализу и продемонстрировал с помощью значений, приводимых для слова «классический» в словаре Вебстера, почему это так в данном случае. Согласно одному из определений этого словаря, содержательная и признанная теория, метод или свод представлений могут быть в целом описаны как «классические», если новые разработки или фундаментальные изменения во взглядах сузили область их валидности. Второе определение тоже поучительно. Каждая форма, или система, ретроспективно обозначается термином «классическая», если, по сравнению с последующими модификациями или более радикальными ответвлениями, она продолжает заслуживать доверия и валидна сверх определенного периода времени. Это определение интересно, если учесть тот факт, что сам Фрейд говорил о *классическом* методе только в контексте толкования сновидений — в ретроспективе и совершенно случайным образом — и тоже упоминал модификации. Кроме классического метода, заключающегося в том, чтобы просить сновидца интерпретировать отдельные части сновидения, открыты другие разнооб-

разные возможности (Freud, 1933a, p. 11). Например, мы можем «направить сновидца сначала осмотреть «дневные остатки» в сновидении... если мы последуем за этими построениями, мы часто можем внезапно прийти к перемещению из относительно далекого мира сновидения в реальную жизнь пациента». Более того, термин «классическая техника лечения» изначально принадлежит не Фрейду, он впервые был употреблен, когда были введены модификации. Ференци оказался весьма изобретателен в наименовании классических техник. Задетый реакцией прославленных аналитиков, включая Фрейда, на его нововведения, в которых из терапевтических соображений рангом выше ставилось переживание, а не воспоминание, он написал в одном из писем, что с раскаянием всзвращается к «нашей классической технике» (Thomä, 1983a). Так родился термин, который в начале 1920-х годов использовался как определение для терапевтически неудовлетворительного предпочтения, отдаваемого воспоминаниям и интеллектуальным реконструкциям (Ferenczi, Rank, 1924). Какие бы формы ни принимала классическая техника в последующие десятилетия, она оставалась верна своему происхождению: она процветает, противопоставляясь отклонениям, которые не удовлетворяют эмпирической проверке своих процедур с использованием хорошо известных критериев. Обычно восхищение, адресующееся всему, что определяется термином «классический», является препятствием для исследования той роли, которую играют классические и новые стилевые элементы в длительном процессе развития техники лечения. *Неоклассический* стиль характеризуется не столько нововведениями, сколько особенно ортодоксальной приверженностью внешне определенным правилам (Stone, 1981a).

Существуют значительные расхождения между классическими работами Фрейда и их применением любого рода. Эти расхождения характеризуются проблемами в отношениях между теорией и практикой, которые мы рассматриваем в десятой главе. Опасность того, что практическое применение техники не сможет выразить основные идеи Фрейда или даже будет противоречить их развитию, особенно велика в том случае, если правилам следуют ради них самих и если их действие постоянно не проверяется. Именно поэтому мы различаем термины «классический», «неоклассический», «ортодоксальный» и т.д. Поскольку Фрейд не счел необходимым наклеивать ярлык на отдельный образ действий, назвав его классическим методом толкования сновидений, мы в дальнейшем будем говорить о классической технике вообще, довольствуясь концентрацией внимания на стандартах в применении правил.

Хотя классические работы Фрейда всегда в той или иной форме присутствуют в представлениях каждого аналитика, их

нельзя использовать в терапии таким образом, чтобы говорить об *именно* классической технике. Однако совершенно необходимо следовать правилам и стандартизировать их. Правила лечения восходят к рекомендациям и советам Фрейда, касающимся техники, и интегрируются в *стандартные техники*. Терапевтические и теоретические соображения неизбежно приводят к *вариантам и модификациям* системы правил либо в интересах пациентов с определенными нарушениями (истерией, фобией, неврозом навязчивых состояний, некоторыми психосоматическими состояниями и т.д.), либо для случая отдельного анализируемого индивида. С другой стороны, в *ортодоксальной* технике не ставится под вопрос целесообразность этих правил, и пациенты отбираются как подходящие для анализа на основании их способности строго следовать правилам. На другом конце спектра находится *дикий* психоанализ, который начинается с недостаточно обоснованных отклонений от сравнительно надежных стандартов и заканчивается самыми дикими заблуждениями и путаницей (Freud, 1910k). И все же, несмотря на эти антитерапевтические отклонения, «дикий» психоанализ сегодня достоин отдельного рассмотрения (Schafer, 1985).

Возрастающее количество публикаций, касающихся практики Фрейда (Beigler, 1975; Cremerius, 1981b; Kanzer, Glenn, 1980), облегчает критическую переоценку истории психоаналитической техники лечения. Однако нельзя найти решение современных проблем в наивной идентификации с естественным и человечным поведением Фрейда, который, когда это было необходимо, кормил пациентов, давал им деньги — взаймы или безвозвратно. Развитие теории переноса стимулировало аналитиков уделить особое внимание различным аспектам аналитических отношений и их интерпретации. С нашей точки зрения, сегодня более, чем когда-либо, мы обязаны руководствоваться требованием, которое выразил Фрейд в послесловии к «Вопросу о любительском анализе» (1927a, p. 257), где он подчеркнул, что все случаи практического применения должны опираться на психологические концепции и ориентироваться на научный психоанализ. Само собой разумеется, что таким же образом следует рассматривать все исследовательские находки в этой области, но используя другие методы. Научный психоанализ особенно в своем нетерапевтическом применении зависит от междисциплинарного сотрудничества (Wehler, 1971, 1972).

Лечащий аналитик не может игнорировать и современные методы исследования процесса и результатов психотерапии. Главный вопрос состоит в том, что отличает и характеризует *научный* психоанализ. Будучи авторами книги о психоаналитической терапии, мы можем оставить ученым соответствующих областей решать, какие случаи практического применения психо-

аналитического метода по отношению к религиозной или культурной истории, мифологии и литературе удовлетворяют критериям научного психоанализа и соответствующей дисциплины. В терапевтическом применении психоаналитического метода на вопрос о том, чтó составляет научный психоанализ, можно ответить ссылкой на те три фундаментальных тезиса Фрейда, которые сформулированы в отрывках, процитированных в начале этой главы. Чем строже заложенные правила и чем меньше изучается их влияние на терапию, тем больше опасность создания ортодоксии. Очевидно, что ортодоксия не может быть согласована с научным подходом. По этим причинам мы просто говорим о «психоаналитической технике» или, для краткости, об «аналитической технике». Однако мы никогда не забываем правила, которые стандартизировались годами. Прагматическое и научное действие всегда направляется правилом. Поскольку в правилах заложено, «как продуцировать нечто» (Habermas, 1981, v. 2, p. 31), надо постоянно иметь в виду, что они влияют на психоаналитические явления и их возникновение в психоаналитическом процессе. Если бы не было опасности того, что классический психоаналитический метод будет приравнен к нескольким внешним правилам, мы бы не сомневаясь употребляли термин «классическая техника», ибо и на наш слух «классический» звучит лучше, чем «стандартный». Из наших тяжеловесных комментариев должно быть достаточно ясно, что это не такое простое дело — сохранять интеллектуальную традицию в технике лечения и продолжать ее в самокритичной манере. Если оценивать терапевтическое действие с той точки зрения, каким образом что-либо производится, то ответственность ложится на того, кто так или иначе правила применяет. Фрейд лишь высказывал рекомендации и давал советы.

## 1.2 Вклад психоаналитика

Лейтмотивом нашей книги является убеждение в том, что в центре внимания должен оказаться *вклад психоаналитика в психоаналитический процесс*. Именно с этой точки зрения мы систематически исследуем всё: «отыгрывание вовне» (acting out), регрессию, перенос, сопротивление. Аналитик влияет на каждое явление, ощущаемое или наблюдаемое в аналитической ситуации.

Курс терапии зависит от влияния, оказываемого аналитиком. Естественно, существуют также и другие факторы, как, например, те, что определяют течение и тип заболевания, обстоятельства, которые привели к его возникновению, и события «здесь-и-теперь», которые постоянно ускоряют и усиливают его. Забо-

3 1030

левания, психические по своему происхождению, усугубляются при таких условиях, и именно здесь у аналитика есть возможность оказать терапевтическое воздействие, используя новый опыт, вызывающий изменения. Аналитик в равной степени затронут лично диадическим процессом и вовлечен в него профессионально, а потому представляется естественным говорить о терапевтически эффективном взаимодействии. Нужна модель взаимодействия, понимаемая на основе *психологии трех персон*, чтобы всеобъемлюще описать терапевтический процесс (Rickman, 1957; Balint, 1968).

При рассмотрении эдиповых конфликтов на основе общей психологической теории человеческих отношений так или иначе, даже не всегда явно, обнаруживается наличие третьего участника. Это латентное присутствие последнего отличает аналитическую ситуацию от всех других отношений двух лиц. Последствия вынесения за скобки третьего участника для теории и практики психоанализа еще никогда, хотя бы в приближении, адекватно не рассматривались. Непривычная депривация в аналитической ситуации может не только стимулировать фантазии, но также очень сильно влиять на их содержание; по этой причине при сравнении аналитических теорий надо всегда учитывать соответствующую технику лечения. Каким образом третий участник (отец, мать или партнер) появляется в диаде, которую можно более точно назвать «триада минус один», и каким образом реорганизуется (или не организуется) диада в триаду — по сути, это зависит от аналитика. В дополнение к неизбежным конфликтам партнерства в курсе лечения некоторые конфликты определяются проблемами, специфическими для триады минус один (см. гл. 6).

Чтобы прийти к истинному пониманию того, что́ происходит в терапевтическом процессе, мы должны изучить поведение аналитика и *его вклад в создание и поддержание* терапевтической ситуации. Это программное требование, выставленное Балинтом в 1950 году, еще не удовлетворено, а если согласиться с Моделлом (Modell, 1984), то вообще забыто. В большинстве отчетов о терапии, по крайней мере роль аналитика — что́ он подумал и сделал, что́ лежало за его выбором толкования — не описана адекватно. Поэтому с нашей стороны это вовсе не признак преувеличенных терапевтических амбиций, когда, соглашаясь с Фрейдом, мы утверждаем, что задача аналитика — структурировать терапевтическую ситуацию таким образом, чтобы у пациента были как можно лучшие условия для решения своих проблем, чтобы он мог узнавать их бессознательные корни, тем самым освобождаясь от своих симптомов. Мы, следовательно, признаем, что аналитик должен оказывать глубокое влияние. Свобода пациента не ограничивается, она скорее расширяется,

благодаря тому что его стимулируют принимать участие в критическом обсуждении.

Каждое правило следует рассматривать с точки зрения того, помогает ли оно или, наоборот, препятствует самопознанию и *решению проблем*, и аналитику не следует избегать соответствующих модификаций. Тогда становится ясно, что мы не рассматриваем теорию и правила психоаналитической техники как священное писание. Напротив, влияние правил на терапию должно быть обосновано в *каждом случае*. Мы предпочитаем проблемно ориентированный подход, который очень далек от предписывающего стиля поваренной книги. Например, аналитик больше не может «прописать» фундаментальное правило, веря в то, что тогда *свободные ассоциации* просто начнутся сами по себе, без влияния других факторов. Все усилия по стандартизации могут иметь, в дополнение к желаемым эффектам, непредвиденные побочные эффекты, положительные или отрицательные, которые могут способствовать или препятствовать терапевтическому процессу.

В своей диагностической и терапевтической деятельности аналитик ориентируется на психоаналитическую теорию как на *систематизированную психо(пато)логию конфликта*. Крис (Kris, 1975 [1974], p. 6) охарактеризовал психоанализ как изучение «человеческого поведения с точки зрения конфликта». Бинсвангер (Binswanger,1955 [1920]) уже рассматривал это как психоаналитическую парадигму в истории науки, которая воплощена в обманчиво простых словах Фрейда: «Мы стремимся не просто к описанию и классификации явлений, но к пониманию их как знаков взаимодействия душевных сил» (1916/17, p. 67). О всеобщей значимости психоаналитической теории свидетельствует тот факт, что она рассматривает человеческую жизнь в развитии с ее первого дня с точки зрения влияния конфликта на личное благополучие субъекта и его взаимодействие с другими. Однако если конфликты и их роль в происхождении психических или психосоматических заболеваний определять как полностью *интрапсихические*, а не межличностные, то ограничивается диапазон теории и связанных с ней техник лечения.

Несмотря на предостережение Хартманна (Hartmann, 1950) против редукционистских теорий, история психоаналитической техники характеризуется односторонностью, и различные школы психоанализа сами являются этому ясным свидетельством. Хартманн говорит о «генетическом заблуждении», если «действительная функция приравнивается к ее истории или даже сводится к ее генетическим предшественникам, как если бы генетическая непрерывность была несовместима с изменением функции» (1955, p. 221). Однако сторонники редукционистских те-

орий не только «очень любят избирать одну порцию истины [и] помещать ее на место целого», но имеют еще и тенденцию усматривать всю истину в этой части и оспаривать остальное, «которое не менее истинно» (Freud, 1916/17, p. 346). В этом отрывке Фрейд рассматривает причинность неврозов и приходит к гипотезе «дополнительных рядов» (Ergänzugsreihen), в основе которых лежит психический конфликт. Редукционистские теории надо критиковать не только на основании их неполноты и односторонности, но также, и прежде всего, потому, что они выдают предварительные гипотезы за уже доказанные. Точно такой же критике должно быть подвержено утверждение, что психоаналитическая теория представляет всю истину и гарантирована от односторонности. Тезис Фрейда о неразрывной связи делает необходимым применение научных критериев к сложной ситуации, неизбежно превращающей требование истины в нечто относительное и делающей одно предположение более похожим на правду, чем другое, или даже заставляющей их опровергать друг друга. То, что целое больше, чем сумма его составляющих, тоже является истинным для дополнительных рядов. Они прямо показывают изучающему всю сложность генезиса конфликтов. Можно привести два примера: Балинт критиковал одностороннюю интрапсихическую модель конфликта и утверждение, что интерпретация является единственным инструментом в терапии, а Я-психология Кохута корнями уходит в его неудовлетворенность неоклассической техникой и ее теоретической основой — интрапсихическими эдиповыми конфликтами.

Образование школ внутри психоанализа всегда является результатом разочарований, и на новые школы возлагаются большие надежды, пока они неизбежно не приходят вновь к односторонности. Мы подчеркиваем решающее значение вклада аналитика в терапевтический процесс с целью содействовать сдерживанию развития школ посредством стимулирования критического подхода к теории и практике. Мы исходим из общей теории конфликта Фрейда, а не как, например, Бреннер (Brenner, 1979b) — из составных частей интрапсихических конфликтов отдельных групп пациентов. Подобная ограниченность вызвала противодействие, наиболее свежим примером которого является Я-психология Кохута. Сужение обширной модели конфликта в психоаналитической теории соответствовало отрицанию сторонности отношений на практике. Если общая психоаналитическая теория конфликта будет восстановлена в полном объеме, она без труда может вобрать в себя описания дефектов Эго или дефектов Я, как это показано Валлерстейном (Wallerstein, 1983), Моделлом (Modell, 1984) и Треурнитом (Treurniet, 1983). Естественно, мы не можем ограничиться этим общим утверждением; если бы мы это сделали, то было бы вполне уме-

стно утверждение Голдберга о том, что «если все является конфликтом, то конфликт — это ничто» (Goldberg, 1981, р. 632). Однако психоаналитическая теория конфликта никогда не ограничивалась общими местами независимо от степени охвата ею патогенеза.

Структурная теория психоанализа придавала большое значение эдипову конфликту и его роли в генезисе неврозов. Эта теория ни в коем случае не ведет к тому, что внимание уделяется только интра- или интерпсихическим конфликтам внутри и между Сверх-Я, идеалом Я, Я и Оно. Как мы подробнее покажем при обсуждении отношения различных форм сопротивления к механизмам защиты (см. гл. 4), образование структуры основано на объектных отношениях. В своих работах по структурной теории и психологии Я Фрейд описывал последствия интернализации объектных отношений, то есть процессов идентификации с обоими родителями в эдиповой фазе в качестве модели для других идентификаций — как в доэдиповой фазе, так и в подростковом периоде. Следует обратить внимание на фундаментальное утверждение Фрейда, что идентификация представляет собой самую раннюю форму эмоциональной связи (1921c, р. 107).

За последние десятилетия Джакобсон (Jacobson, 1964) в рамках структурной теории дала особенно ясное описание идентификаций в процессе развития Эго и Я для доэдиповой фазы, а Эриксон (Erikson, 1959) — для подросткового периода. Приверженцы психоаналитической школы эгопсихологии описали идентификации в рамках эдиповых и доэдиповых объектных отношений; однако это описание не прибавило структурной теории психоаналитической содержательности. Напротив, психоаналитическая техника стала еще больше ограничиваться моделью интрапсихического конфликта и стандартной техникой психологии одной личности. Дело в том, что как объектные отношения, так и отношения, возникающие в результате идентификации, основаны, как и вся структурная теория, на экономическом принципе разрядки инстинкта. Этот «принцип константности», заимствованный Фрейдом у Фехнера, является основанием психоаналитической теории и оказывает влияние на все остальное. «Нервная система представляет собой аппарат, функция которого — избавляться от достигающих его стимулов или ослаблять их до как можно более низкого уровня и который, если бы это было осуществимо, поддерживал бы себя полностью в состоянии отсутствия стимулов» (Freud, 1915c, р. 120). Однако, по нашему мнению, Моделл был прав, делая следующее утверждение в предваряющем замечании к своему эссе «Эго и Ид: пятьдесят лет спустя»:

Объектные отношения не относятся к явлениям разрядки. Понимание Фрейдом инстинкта как чего-то идущего изнутри организма не соответствует тому наблюдению, что формирование объектных отношений — это процесс заботы, в котором участвуют два человека (процесс, который не включает в себя спадов и пиков разрядки). Далее сама концепция инстинкта не получила необходимой поддержки у современной биологии... Я думаю, как и Боулби, что существует аналогия объектным отношениям в выражении привязанности у других видов (Modell, 1984, p. 199—200).

Общая психоаналитическая психопатология конфликта может сегодня перейти к положению о том, что не существует нарушений объектных отношений, независимых от нарушений самоощущения.

Хорошо бы дополнить объясняющую психоаналитическую теорию, посредством которой была систематизирована психопатология конфликта, *систематическим подходом к решению проблем*, то есть теорией терапии. Объектом терапии является овладение конфликтами при условиях более благоприятных, чем те, которые способствовали рождению данных конфликтов. (Мы выбрали эту метафору, чтобы показать межличностную природу того, что́ определяет патогенез.) Поэтому неудивительно, что развитие систематического подхода к решению проблем, где аналитик вносит значительный вклад на основании своего «знания об изменениях» (change knowledge) (Kaminski, 1970), плелось позади объясняющей теории психоанализа. Правдоподобная модель терапии (ср.: Sampson, Weiss, 1983), которая подчеркивает овладение «здесь-и-теперь» старыми травмами, сохраняющими свою психодинамическую эффективность, появилась нескоро. И это несмотря на то, что Уэлдер уже создал условия, благоприятные для такой модели, в своей статье о принципе множественной функции (Waelder, 1936), где он поднял решение проблем до статуса общей функции Эго: «Эго всегда сталкивается с проблемами и пытается найти им разрешение» (p. 46). Соответственно, процессы внутри Эго можно представить как попытки решения проблем; Эго индивида характеризуется рядом специфических методов решения (p. 46—47). Одновременно Уэлдер привлек внимание к проблемам, которые связаны с искусством психоаналитического интерпретирования, и был, возможно, первым, кто заговорил о *психоаналитической герменевтике*.

На основании уже сказанного наше понимание терапии можно обрисовать следующим образом: развитие и структурирование переноса, которому способствуют интерпретации, происходят в рамках особых терапевтических *отношений* (рабочего альянса). У пациента повышен уровень чувствительности; в результате раннего опыта и на основании своих бессознательных ожиданий он изначально особое внимание обращает на все, что благоприятствует повторению и создает *перцептивную иден-*

*тичность* (Wahrnehmungsidentität) (Freud, 1900a). Новые переживания пациента в аналитической ситуации позволяют ему достичь решения тех проблем, которые прежде были совершенно неразрешимыми. Аналитик помогает пациенту познать себя и преодолеть бессознательное сопротивление тем, что дает интерпретации; в этом процессе пациент может спонтанно достичь удивительных инсайтов. Поскольку психоаналитические толкования — это идеи, рождающиеся у аналитика, они также могут быть описаны как способы видения вещей, как мнения. В качестве инсайтов они могут иметь долговременный терапевтический эффект, если они удовлетворяют критической оценке пациента или в целом соответствуют его «ожиданиям», его внутренней реальности. Затем эти инсайты становятся частью опыта и меняют его в ходе проработки, которая продолжается в повседневной жизни пациента. Пациент воспринимает изменения субъективно, но они также могут быть видны по изменениям в его поведении и по исчезновению симптомов.

Такая концепция терапии предполагает, что о ценности психоаналитического метода следует судить по изменениям в результате терапии. И все же, хотя целью могут быть структурные изменения, ее достижению могут помешать неблагоприятные условия того или иного рода. Но ни при каких условиях аналитик не может избежать ответа на следующие вопросы:

1. Как рассматривает аналитик связь между предполагаемой структурой (в качестве теоретического предположения) и симптомами пациента?
2. Какие внутренние (переживаемые пациентом) и какие внешние изменения указывают на структурные изменения и какие именно?
3. В свете ответов на оба эти вопроса можно ли обосновать избранный способ терапии?

Мы согласны с Бреннером в том, что «симптоматическое улучшение является необходимым критерием, хотя сам по себе он недостаточен с точки зрения валидности интерпретации и предположений (предположения), на которых она основана» (Brenner, 1976, p. 58).

Интерпретация — характерная черта психоаналитической техники — является частью сложной сети отношений. Как и правила лечения, она не имеет ценности сама по себе. Психическая реальность аналитика, его контрперенос и его теория становятся частью психоаналитической ситуации. Психоанализ, так же как и другие практические дисциплины, отличается способностью исходить из общего знания в подходе к индивидуальному случаю, и наоборот.

Необходимость в должной мере соответствовать уникальности каждого пациента делает практическое применение психо-

анализа мастерством, *techne*, ремеслом, которому надо учиться, чтобы быть способным практиковать в соответствии с правилами, которые, однако, могут служить только общими рекомендациями. Несмотря на современные коннотации слова «технология», мы не боимся употреблять термин «психоаналитическая технология», как его употребил Уиздом (Wisdom, 1956), философ с психоаналитическим образованием. Одно дело — бездушная техника и отчуждение, а другое — психоаналитическое мастерство, находящееся на совершенно другом уровне *techne*. Психоаналитики не являются ни «психотехнарями», ни «аналитиками» в том смысле, что они разбирают психику на части, а синтез (исцеление) пускают на самотек. Мы не боимся, что наше отношение к терапии неправильно поймут, если мы будем использовать слово «технология», потому что аналитики, делая свои интерпретации, следуют технологическим принципам в своих искусных поисках, в своей эвристике и т.д. — непосредственно до переживания «ага!» пациентом. Как *герменевтическая технология* психоаналитический метод находится в сложных отношениях с теорией (см. гл. 10).

Особенно релевантным для искусства психоаналитической интерпретации является знание телеологических и драматургических действий.

> *Телеологические действия* можно расценивать с точки зрения эффективности. Правила действия предполагают технически и стратегически полезное знание, которое можно критиковать с точки зрения требований истины и можно улучшить благодаря отношениям обратной связи с ростом эмпирическо-теоретического знания. Это знание накапливается в форме технологий и стратегий (Habermas, 1985, v. 1, p. 333).

При адаптации этих идей в форму, полезную для психоаналитической техники, очевидно, надо иметь в виду, что действия, ориентированные на цель, рассмотренные в философских теориях действия со времен Аристотеля (Bubner, 1976), не должны быть ограничены целевой рациональностью, как полагал Макс Вебер. Понимание нашей позиции будет в корне неправильным, если считать, что наш акцент на изменении как цели терапии предполагает, что цели фиксированы. Действительно, коммуникация в психоаналитической интерпретации не может быть бесцельной, но цели не фиксируются и формируются спонтанностью пациента, его свободными ассоциациями и его критическим изучением идей аналитика и их явных и латентных целей. В этом процессе новые способы и цели возникают как будто бы сами по себе, но на самом деле они определяются условиями, которые определяют различные формы психоаналитического процесса.

## 1.3 Кризис теории

В течение некоторого времени психоанализ находился на стадии «революции и почти анархии» (A. Freud, 1972а, р. 152). Почти все концепции, направляющие теорию и технику, подвергались нападениям с какой-либо стороны. А. Фрейд имела в виду, в частности, критику свободного ассоциирования, толкования сновидений (которое должно уступить свою ведущую роль толкованию переноса) и переноса, который уже больше понимается не как явление, спонтанно возникающее в поведении и мыслях пациента, но как явление, вызванное интерпретациями аналитика (1972а, р. 152). Между тем разногласия внутри психоанализа усиливались. Даже краеугольные камни психоаналитической практики — перенос и сопротивление — уже не занимали своих прежних позиций. По поводу этих существенных составляющих психоанализа Фрейд писал:

> Таким образом, можно сказать, что теория психоанализа является попыткой объяснения двух потрясающих и неожиданных фактов наблюдения, которые возникают всегда, когда делается попытка проследить симптомы невротика до их происхождения в его прошлой жизни: фактов переноса и сопротивления. Любая линия исследования, которая признает эти два факта и относится к ним как к начальным точкам своей работы, имеет право называться психоанализом, даже если она придет к результатам, отличным от моих собственных (1914d, р. 16).

Очевидно, что теория и техника психоанализа испытают значительное потрясение, если сдвинется один из этих краеугольных камней или если психоаналитический метод должен будет опираться на многие различные краеугольные камни, чтобы удовлетворить требованиям, предъявляемым практическим опытом.

Если же посмотреть на признаки далеко идущих изменений с точки зрения истории науки, изложенной Куном (Kuhn, 1962), вполне можно объяснить тот факт, что психоанализ поздно вступил в свою фазу обычной науки, и найти аргументы в поддержку того взгляда, что идет процесс эволюции и надвигается изменение парадигмы (Spruiell, 1983; Rothstein, 1983; Ferguson, 1981; Thomä, 1983с). Сильно различающиеся мнения все-таки сближает их несомненная связь с работами Фрейда. Все же ясно, что аналитики могут признавать факты переноса и сопротивления, а также принимать другие основные положения психоанализа, такие, как бессознательные душевные процессы и роль сексуальности и эдипова комплекса (Freud, 1923а, р. 247), и тем не менее получать разные результаты при помощи психоаналитического метода исследования и лечения. Это еще раз демонстрирует всю сложность отношений между психоаналитической техникой и психоаналитической теорией.

Ферменту нововведений, проявившемуся в идее «кризиса идентичности» (Gitelson, 1964; Joseph, Widlöcher, 1983), противостоит психоаналитическая ортодоксия. Как реакцию на радикальную критику изнутри и снаружи и как выражение заботы о сути психоанализа такую ортодоксию можно понять, но для решения конфликтов она подходит не более, чем некоторые невротические реакции. Фактически ригидность и анархия определяют и усиливают друг друга; именно поэтому А. Фрейд (1972а) упомянула и то и другое на одном дыхании.

Практика психоанализа — это не единственная сфера, которая характеризуется изменениями и нововведениями. «Спекулятивная суперструктура», как определил Фрейд (1925d, p. 32) ее метапсихологию, в последние десятилетия тоже пошатнулась. Многие авторы предвидят отказ от этой суперструктуры, воздвигнутой Фрейдом в попытке очертить психоанализ как науку, как вестник новой эры. Некоторые верят в то, что таким образом психоаналитическая интерпретация могла бы освободиться от приписываемого Фрейду «научного самозаблуждения» (Habermas, 1971) и вернуться на родную почву, к герменевтическим дисциплинам. Другие придерживаются того мнения, что отказ от метапсихологии мог бы наконец привести к полному признанию роли клинической теории психоанализа, в меньшей степени выводимой путем умозаключения, а потому служащей проверяемым руководством. Однако различные этажи, образующие здание психоаналитической теории, нельзя абсолютно отделить друг от друга. Балки, поддерживающие метапсихологию, проходят также и через нижние этажи; при этом некоторые можно лучше разглядеть, чем другие. Метапсихологические положения содержатся также в клинической теории, в меньшей степени выведенной умозаключениями, и влияют на психоаналитика, даже когда он считает, что слушает пациентов без малейшего следа предубеждения, то есть что его внимание равномерно распределено. «Даже на стадии описания невозможно избежать приложения определенных абстрактных идей к материалу, находящемуся под рукой, — идей, которые заимствованы откуда угодно, но только не из новых наблюдений» (Freud, 1915c, p. 117).

При повторном прорабатывании материала, полученного за один сеанс или в течение всего курса терапии, аналитик также рассматривает отношение своих идей к психоаналитической теории. Фрейд полагал, что эта задача неразрешима удовлетворительно до тех пор, пока психический процесс не описан динамически, топографически и экономически.

Мы видим, как нас постепенно подводят к принятию третьей точки зрения в нашем рассмотрении психических явлений. Кроме динамического и топографического взглядов, мы приняли *экономический*. Это связано

с попытками следовать за превратностями большого количества возбуждений и прийти к каким-то, хотя бы и *относительным*, оценкам их величины.

Было бы небезосновательно дать особое название этому цельному способу рассмотрения нашего предмета изучения, потому что это — завершение психоаналитического исследования. Я предлагаю, что, когда нам удастся описать психический процесс в его динамическом, топографическом и экономическом аспектах, нам следует говорить об этом как о *метапсихологическом* представлении. Нужно сразу сказать, что при настоящем состоянии нашего знания существует только несколько пунктов, в которых нам это удается делать (Freud, 1915e, p. 132).

Чтобы показать клиническое значение этого подхода, Фрейд привел описание «процесса вытеснения в трех случаях невроза переноса, которые нам знакомы». Поскольку вытеснение — это «краеугольный камень, на котором покоится вся структура психоанализа» (1914d, p. 16), становится ясно, что для Фрейда метапсихологические объяснения имели фундаментальное значение. Его целью в разработке метапсихологии было «прояснить и углубить теоретические положения, на которых могла бы быть основана психоаналитическая система» (Freud, 1917d, p. 222). Согласно Лапланшу и Понталису:

Вместо того чтобы рассматривать как метапсихологические труды все теоретические изыскания, включающие концепции и гипотезы, присущие этим трем точкам зрения, следует применять это описание для текстов, которые более основательно развивают или разъясняют гипотезы, поддерживающие психоаналитическую психологию (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 250).

В качестве «*строго* метапсихологических текстов» эти авторы рассматривали следующие работы Фрейда: «Проект научной психологии» (1950a), «Тезисы о двух принципах функционирования сознания» (1911b), «По ту сторону принципа удовольствия» (1920g), «Я и Оно» (1923b), «Очерк психоанализа» (1940a). Таким образом, видно, что вплоть до последнего времени Фрейд искал основания психоаналитической теории в метапсихологических взглядах, в «динамическом, топографическом и экономическом аспектах» (1915e, p. 181). С другой стороны, психоаналитический метод оставался в сфере глубинной психологии. Благодаря систематическому использованию нового метода Фрейд сделал открытия, которые позволили ему исследовать влияние бессознательных психических процессов на судьбу индивида и на патогенез.

Аналитический метод и язык психоаналитической теории находятся на разных уровнях. Фрейд все еще пытался объяснить психический аппарат в терминах экономии влечений в посмертно опубликованном «Очерке о психоанализе», хотя в то же время он подчеркивал, что то, что́ лежит между «двумя конечными точками нашего знания» — между процессами, происхо-

дящими в мозгу и в нервной системе, и действиями нашего сознания, — нам неизвестно. Расширение познаний об этом отношении «в лучшем случае позволило бы точно локализовать процессы сознания, но не оказало бы нам *никакой помощи в их понимании*» (1940a, p. 144; курсив наш). У Фрейда были различные идеи о психических связях. В поисках физических, биологических, церебральных и нейрофизиологических объяснений человеческого поведения с помощью понятия инстинкта и теории инстинкта он оставался верен своей первой любви (Sulloway, 1979); однако объясняющая модель глубинной психологии ориентирована на смысловой контекст, исследование которого приводит к анализу мотивации, в свою очередь ведущей к бессознательным источникам и причинам. Если указаны эти источники и причины, понимание смыслового контекста расширяется до такой степени, что объяснения, имеющие смысл, могут даваться явлениям, которые прежде казались бессмысленными, — даже галлюцинаторным переживаниям и действиям. Ясперс (Jaspers, 1963) использовал выражение «якобы понимание» для описания этого гибрида объяснения и понимания, который также характеризует повседневное использование этих слов. Это «якобы понимание» было введено (в качестве более высокого уровня клинических гипотез) в дискуссию по психоаналитической теории в США Рубинштейном (Rubinstein, 1967). Таким образом, в психоаналитическом методе объяснение, имеющее два корня, находится в сложных отношениях с пониманием. Мы рассматриваем «якобы» как знак отличия, положительный признак.

Разнообразные идеи Фрейда о психических связях, являющиеся источником противоречий и несоответствий, пропитавших его работы, и подготовили кризис психоаналитической теории в настоящее время. С помощью психоаналитического метода он пришел к теоретическим представлениям, которые попытался описать в метапсихологических терминах, стремясь в конечном итоге проследить их начало в биологических процессах, одновременно развивая теорию глубинной психологии, которая оставалась верной методу, то есть покоилась на опыте, извлеченном из психоаналитической ситуации, и не заимствовала свои представления из биологии и физики на рубеже веков. Во время того же самого периода, когда Фрейд дал метапсихологическое объяснение вытеснению со ссылкой на катексис энергии, он писал в работе «Бессознательное»:

Во всяком случае ясно, что существует угроза сведения к словесному диспуту вопроса о том, следует ли рассматривать латентные состояния душевной жизни, существование которых нельзя отрицать, как сознательные душевные состояния или как физические. Поэтому лучше сконцентрировать свое внимание на том, что нам наверняка известно о природе

этих спорных состояний. Что касается их *физических* характеристик, они нам совершенно недоступны: никакая *физиологическая* концепция или *химический* процесс не может дать нам никакого понимания их природы. С другой стороны, нам точно известно, что у них есть многочисленные точки соприкосновения с сознательными *душевными* процессами: с помощью определенной работы их можно превратить в такие процессы или заместить ими. К ним можно применить категории, которые мы используем при описании сознательных душевных актов, таких как представления, цели, решения и т.д. В самом деле, о некоторых из этих латентных состояний нам придется сказать, что единственное, чем они отличаются от сознательных, — это именно отсутствие осознавания. Таким образом, мы без колебаний можем рассматривать их как объекты *психологического* исследования и работать с ними в более тесной связи с сознательными душевными актами.

Упорное отрицание *психического* характера латентных душевных актов объясняется тем обстоятельством, что бóльшая часть этих явлений не была объектом исследования вне психоанализа. Тому, кто не знает о патологических фактах, считает ошибки в поведении нормальных людей случайными и удовлетворяется старым мудрым отношением к сновидениям как к вздору, остается только игнорировать еще несколько проблем психологии сознания, чтобы избавить себя от какой бы то ни было необходимости допущения бессознательной душевной деятельности. Время от времени, даже до времен психоанализа, гипнотические эксперименты, и особенно постгипнотическое внушение, ощутимо демонстрировали существование и способы действия душевного бессознательного (1915e, p. 168—169; курсив наш).

Согласно «Лекциям по введению в психоанализ» (1916/17, p. 21), «психоанализ должен воздерживаться от любых гипотез, ему чуждых, независимо от их природы — анатомической, химической или физиологической — и должен пользоваться лишь чисто психологическими идеями». Именно в контексте этого широкоизвестного утверждения Фрейд писал, что психоанализ «пытается придать психиатрии то психологическое обоснование, которого ей не хватает», и «надеется обнаружить общую почву, на основе которой станет мыслимой конвергенция умственных и физических расстройств». Уже в «Проекте научной психологии» (1950a), написанной Фрейдом в 1895 году, преобладала, хотя и в неявной форме, идея развития научной психологии, то есть описания психических процессов как количественно определимых состояний материальных компонентов. Фрейд не терял надежды, что метапсихологическая структура психоанализа, то есть его суперструктура, когда-нибудь «будет воздвигнута на его органическом фундаменте» (1916/17, p. 389).

Вспомогательные концепции глубинной психологии касаются в основном бессознательных психических процессов. Вместе с обоснованной Фрейдом психологией и психопатологией конфликта они дают основу для понимания совпадений соматических и психических нарушений. В последнее десятилетие психоанализ вобрал в себя и другие идеи из психологии развития и когнитивной психологии. Кроме того, одним из следствий дискус-

сии о теориях науки был сдвиг интереса исследователей к психоаналитическому методу и наблюдаемым психическим явлениям, с ним связанным. Эти работы повлекли за собой общий кризис всей теоретической структуры психоанализа. Задача наших современников — обновить психоаналитическую теорию, существовавшую раньше в форме метапсихологии и потому основанную на зыбкой почве, содержательно и методологически ему чуждой.

Не случайно, что кризис метапсихологии, пронизывающий клиническую теорию, стал явным в ходе систематической подготовки исследований для проверки гипотез. При клинической или экспериментальной проверке теорий нельзя начинать с метапсихологических измышлений, которые состоят из беспорядочной смеси идеологических постулатов, выведенных из натурфилософии, метких метафорических высказываний о человечестве и ярких наблюдений и теорий по поводу происхождения душевных болезней. Важнейший вклад в процесс прояснения, в частности, сделал Рапапорт (Rapaport, 1967), систематизировавший психоаналитическую теорию и попытавшийся научно обосновать ее практический смысл. Его энциклопедические знания отражены в книге «Структура психоаналитической теории» (1960), где он тщательно проработал существующую систему метапсихологических положений таким образом, что их слабость стала очевидной. Сам он упоминает об этом почти мимоходом, обсуждая шансы (низкие, по его мнению) на выживание некоторых концепций, ключевых для всей системы (Rapaport, 1960, p. 124). Рапапорт и Гилл (Rapaport, Gill, 1959) расширили метапсихологию, включив генетическую и адаптивную точки зрения, которые подразумевались уже в работах Фрейда и были тщательно разработаны Хартманном с соавторами (Hartmann et al., 1949) и Эриксоном (Erikson, 1959). Ясно, что генетический подход, опирающийся на историю развития, так же как и адаптивный, содержит психосоциальные элементы, отстоящие достаточно далеко от биологических положений экономического принципа.

Когда после смерти Рапапорта его коллеги и ученики оглянулись назад и затем продолжили свою оригинальную научную работу, стало очевидно, что необходимы далеко идущие изменения для превращения метапсихологических концепций в теории, которые можно проверять. Поэтому Холт (Holt, 1967a), редактор посвященного Рапапорту сборника, предложил отказаться от энергетических концепций, подобных катексису и либидо, а также от объясняющих терминов «Я», «сверх-Я» и «Оно» (Gill, Klein, 1964). Ряд коллег Рапапорта, например Гилл, Клейн, Шафер и Спенс, являются наиболее строгими критиками метапсихологии. Было бы глупо интерпретировать их отклонения от по-

зиции Рапапорта психоаналитически, как поступают некоторые их оппоненты. Такие аргументы ad hominem[1] препятствуют дальнейшему прояснению действительных причин того, почему работы Рапапорта ознаменовали новую эпоху. Плодом его попытки систематизации можно считать стимулирование клинических исследований в значительной степени благодаря усилиям уже упомянутых аналитиков его школы. Как теперь ясно, метапсихологические объяснения находились за рамками психоаналитического метода. С помощью этого метода нельзя продемонстрировать правильность метапсихологии, например то, как экономический принцип соотносится с процессами в центральной нервной системе, доступными только физиологическому исследованию. Влияние, которое метапсихологические соображения тем не менее оказывали на терапевтические действия на протяжении десятилетий, связано с тем, что многие концепции используются метафорически во всей клинической теории психоанализа. В связи с этим были предприняты попытки дифференцировать разнообразные уровни формирования теории с учетом их клинической и экспериментальной проверяемости.

В ответ на критику философов Уэлдер (Waelder, 1962) охарактеризовал различные уровни психоаналитической теории и концепций, которые с ними связаны, в очерке «Психоанализ, научный метод и философия» (1962).

1) *Индивидуальная клиническая* интерпретация (индивидуальное «историческое» толкование; Freud, 1916/17, p. 270). Это уровень наблюдения, то есть материал, собираемый аналитиком от своего пациента и обычно недоступный другим. Затем аналитик пытается интерпретировать индивидуальные данные с учетом их взаимосвязей и их отношений с другими паттернами поведения или с сознательным и бессознательным содержанием.
2) *Клиническое обобщение* (типичные симптомы, по Фрейду). На основании индивидуальных данных и их толкования аналитик делает обобщения, ведущие к специфическим утверждениям по отношению к группам пациентов, развитию симптомов и к возрастным группам.
3) *Клиническая теория*. Клинические интерпретации и обобщения позволяют формулировать теоретические концепции, которые и могут содержаться в интерпретациях или быть их результатом, например вытеснение, защита, повторное возвращение вытесненного материала и регрессия.
4) За рамками клинической теории психоанализа, однако не совсем четко от нее ограниченные, лежат такие абстрактные

[1]Применительно к человеку (*лат.*).

понятия, как катексис, психическая энергия, эрос и танатос — психоаналитическая метапсихология. В метапсихологии и в стоящих за нею идеях можно особенно ясно видеть личную философию Фрейда (см.: Wisdom, 1970).

Эта схема демонстрирует иерархию психоаналитических теорий, разнообразных по своему эмпирическому содержанию, которые следует принимать в расчет при любой научной оценке.

Уэлдер полагает, что чем выше уровень абстракции, тем меньше соответствия с психоаналитической практикой. Если бы это было так и если бы клиническая теория могла существовать отдельно от метапсихологических положений и рассматриваться как независимая система, кризис теории был бы ясно очерчен. В действительности же не так просто определить, какие идеи относятся к спекулятивной суперструктуре, а какие необходимы для понимания наблюдений в данном контексте. Психоаналитический метод направлен прежде всего на познание бессознательных психических процессов — наблюдения над тем, как бессознательные и предсознательные желания и намерения выражаются в ошибочных действиях и симптомах — в возвращении вытесненного — к высшим и низшим этажам этого здания. Однако аналитик не смотрит вниз с верхнего этажа, а скорее принимает одну из метапсихологических точек зрения, которые расположил здесь Уэлдер, и ту же позицию занимает на низшем этаже. Топографический и структурный подходы, то есть разделение психического аппарата на бессознательное, предсознательное и сознательное — или на Оно, Я и Сверх-Я, — иллюстрируют существование лестниц, соединяющих эти этажи, по которым можно двигаться в обоих направлениях.

Описание Уэлдера было справедливо, с нашей точки зрения, пересмотрено Фэрреллом (Farrell, 1981), который, характеризуя отношения между высшим и низшим уровнями теории, заметил, что психоаналитические концепции «в своем функционировании двулики, как Янус». Он так описал всегда двойственную функцию концепций на всех этажах: в своей повседневной работе аналитик использует концепции не для того, чтобы учесть детали психического аппарата, но прежде всего чтобы организовать материал, представленный ему пациентами. Здесь концепция функционирует на нижнем уровне. Но когда аналитика заботит теория, он использует такие концепции, как регрессия и вытеснение, чтобы уяснить, как работает психический аппарат пациента. Фэррелл пишет, что простая констатация связей относится к нижнему уровню. Например, утверждение, что человек, страдающий от фрустрации, имеет тенденцию регрессировать на более раннюю стадию развития. В качестве примера вытеснения

Фэррелл упоминает обычное наблюдение взаимосвязи между сексуальными тревогами взрослых пациентов, их забытыми (вытесненными) переживаниями детства и возобновлением этих переживаний в терапии. Аналитик пользуется такими обобщениями, чтобы способствовать упорядочиванию информации (материала) пациента. Организованный материал объясняется в «слабом смысле» (поверхностно).

Но если аналитик озабочен тем, чтобы объяснить, почему и как вообще появился материал такого рода, он воспользуется понятиями регрессии и вытеснения, чтобы помочь себе определить и описать состояние дел в системе, к которой отсылают эти концепции. Тогда эти понятия начинают функционировать на верхнем уровне теории (Farrell, 1981, p. 38).

Следовательно, концепции уже на нижнем уровне подобны Янусу своим двуличием и отсылают к теории бессознательного. Однако, делая дескриптивные утверждения о *наблюдаемой последовательности* событий, аналитик может игнорировать саму *идею связи*, если он озабочен исключительно регистрацией фактов. Таким образом, несмотря на то что само изучение ассоциаций предполагает представление о существовании связи между различными элементами, при сборе фактов изначально важно лишь точно отмечать последовательность отдельных ассоциаций. Следовательно, наблюдения в психоаналитической ситуации сначала должны регистрироваться описательно.

Поскольку для многих психоаналитиков метапсихология связана и с научным статусом психоанализа как объясняющей теории, и с требованием причинности в терапии, кризис затрагивает аналитика и как ученого, и как терапевта. Одним из способов избежать этой дилеммы является полное воздержание от объясняющих теорий и удовлетворение психоаналитическим интерпретированием, которое играет ведущую роль на практике. В немецкоязычных странах противопоставление «понимающих» (verstehende) гуманитарных и социальных наук объясняющим наукам восходит к Дильтею и Риккерту, а Хартманн (Hartmann, 1927) полагал, что вполне ясно доказал, что психоанализ является объясняющей наукой. Однако позднее эти дебаты возродились в англоязычном мире. Клаубер (Klauber, 1968) ссылался на английского историка Коллингвуда (Collingwood, 1946) как на одного из первых сторонников понимающего подхода; Хоум (Home, 1966) и Рикрофт (Rycroft, 1966) придерживались тех же позиций. Североамериканские аналитики быстро приняли идеи французского философа Рикёра, который рассматривал Фрейда как герменевтика. Термин «научное самозаблуждение» (szientistischen Selbstmissverständnis»), введенный Хабермасом (Habermas, 1968), чтобы описать ошибку, жертвой которой стал Фрейд, стал притчей во языцех. Хабермас назвал так метапсихологические объ-

яснения, впрочем не оспаривая того, что психоаналитики нуждаются в объясняющей теории, так же как и в обобщениях, чтобы быть способными лечить пациентов глубинно, то есть предлагать интерпретацию.

В этой связи нам бы хотелось привести некоторые замечания о герменевтике, уже сделанные нами в одной из наших предыдущих публикаций (Thomä, Kächele, 1975, p. 51—52). Этот термин восходит к греческому слову *hermeneuo* («я объясняю свои мысли словами, расшифровываю, толкую, перевожу»). Часто ошибочно полагают, что существует этимологическая связь между герменевтикой и Гермесом, посланником (значит, толкователем) богов. Однако сходство между этими словами случайно: *hermeneuo* восходит к корню с приблизительным значением «говорить». Термин «герменевтика» был введен в начале XVII века для описания процедуры перевода текстов. Герменевтика очень бурно развивалась под влиянием толкования Библии. Например, принцип Шлейермахера (Schleiermacher, 1959 [1819], p. 86—87), заключающийся в том, что пониманию обычно предшествует неправильное понимание, демонстрирует спор между теологами и защитниками герменевтики. Следовательно, понимание оказывается эпистемологической проблемой: нам уже надо немного знать о вопросе, то есть иметь некоторое предпонимание, прежде чем мы можем этот вопрос изучать.

Герменевтический подход был наиболее ясно выражен в гуманитарных дисциплинах и в тех областях философии, которые связаны с интерпретацией текстов, где фундаментальным вопросом является вопрос смысла, то есть значения, изучаемого текста. Существует прямая связь, прослеживаемая от филологической, теологической и исторической герменевтики к понимающей психологии. Последнюю связывает с гуманитарными дисциплинами требование вчувствоваться и вдуматься в текст или в ситуацию другого человека. Способность реконструировать опыт другого является одной из предпосылок, из которой надо исходить, если проводится психоаналитическое лечение. Интроспекция и эмпатия необходимо дополняют технические правила свободного ассоциирования и равномерно распределенного внимания. Высказывание: «Любое понимание — это уже идентификация себя с объектом, согласование компонентов, вне этого понимания существующих отдельно; то, чего я не понимаю, остается чуждым мне и отличным от меня» — могло бы принадлежать психоаналитику, интересующемуся эмпатией (например: Greenson, 1960; Kohut, 1959), но на самом деле оно взято из Гегеля (Apel, 1955, p. 170). Кохут (Kohut, 1959, p. 464) подчеркивает, что Фрейд использовал интроспекцию и эмпатию как научные инструменты для систематического наблюде-

ния и исследования. Гадамер пишет, что интерпретация начинается

там, где смысл текста не может быть немедленно понят. Интерпретировать приходится во всех случаях, когда нельзя доверять непосредственному проявлению феноменов. Поэтому психолог не принимает утверждения пациента о своей жизни за чистую монету, но задается вопросом о том, чтó происходит в бессознательном пациента. Таким же образом историк толкует записанные факты, чтобы раскрыть истинный смысл, который они выражают, но также и скрывают (Gadamer, 1965, p. 319).

По всей вероятности, Гадамер имеет в виду психолога, использующего на практике психоанализ; его описание характеризует психодинамический подход. Именно непонятное, кажущееся бессмысленным содержание психопатологических явлений психоаналитический метод прослеживает до их происхождения и делает понятным. Это более чем случайная частная проблема. Согласно Гадамеру, искаженные или зашифрованные тексты представляют собой одну из наиболее трудных герменевтических проблем. Возможно, что филологическая герменевтика сталкивается здесь с барьером, который невозможно преодолеть средствами просто понимающей психологии, то есть той формы психологии, где нет объясняющей теории.

Возвращаясь к нашей основной линии рассуждений, заметим, что та или иная оценка кризиса теории и его распространения на различные этажи психоанализа неизбежно зависит от роли, которой наделяется метапсихология. Вызывающие названия статей создают впечатление запальчивого обсуждения. «Метапсихология — это не психология», — заявляет Гилл (Gill, 1976). «Две теории или одна?» — спрашивает Клейн (Klein, 1970), критикуя теорию либидо. «Метапсихология — кому она нужна?» — недоумевает Мейсснер (Meissner, 1981). Франк (Frank, 1979) обсуждает книги Клейна (Klein, 1976), Гилла и Хольцмана (Gill, Holzman, 1976), Шафера (Schafer, 1976) и, судя по заглавию его работы, почти смиряется: «Две теории или одна? Или никакая?» Моделл (Modell, 1981), отвечая на вопрос: «Существует ли еще метапсихология?», говорит: и да и нет — характерные метапсихологические взгляды обманчивы и, следовательно, от них надо отказаться. Согласно Моделлу, от традиционной метапсихологии остается лишь пустая идея. Наконец, Бреннер (Brenner, 1980) считает, что все неясные и запутанные вопросы могут быть прояснены толкованием соответствующих текстов Фрейда. Он утверждает, что метапсихологию надо приравнять к фрейдовской теории бессознательных процессов и ко всей глубинной психологии (p. 196).

Метапсихологические тексты Фрейда допускают самое различное прочтение, и в этих разнообразных толкованиях коренятся современные разногласия. Каждое серьезное психоанали-

тическое обсуждение и теперь начинается с толкования работ Фрейда, но дело не только в этом. Совершенно очевидно, что кризис теории влияет на психоаналитический метод, отражаясь на идеях, которые привносит в материал аналитик, на том, насколько они помогают пониманию и даже по возможности объяснению. Если говорить об открытиях, идеи Фрейда формировались на основе наблюдения приступов истерии и других психопатологических синдромов, что позволило ему прийти к неожиданным и совершенно уникальным объяснениям бессознательных процессов. Затем он разработал метод, позволяющий проверять эти идеи в дальнейших наблюдениях. Никто не может действовать в отрыве от теории. В имеющей большое значение статье Уиздом (Wisdom, 1956, р. 13) пишет: «Следовательно, при столкновении с проблемой прежде всего нужно обратиться к теории». Здесь же Уиздом поясняет, что различные техники психоанализа являются попытками разрешить практические и теоретические проблемы.

Как аналитики отвечают на встающие перед ними животрепещущие вопросы, очевидно, зависит от того, чтó они понимают под метапсихологией и как они толкуют соответствующие работы Фрейда. Наши собственные исследования убедили нас в том, что толкование Рапапортом и Гиллом (Rapaport, Gill, 1959) метапсихологии и ее изложения в работах Фрейда беспристрастно, они придают одинаковый вес различным метапсихологическим точкам зрения. Однако позднее Гилл (Gill, 1976), в частности, называл экономический (биологический) подход Фрейда к объяснению самым главным. Существует много причин расхождения мнений по этому вопросу. С одной стороны, одни и те же места можно интерпретировать различным образом; с другой — все метапсихологические точки зрения и их применение аналитиками, естественно, имеют определенную связь с переживаниями пациента. С учетом всего этого метапсихология — это тоже психология. Наконец, динамический и топографический подходы кажутся более близкими к опыту переживаний и к человеческим конфликтам, чем экономические представления о количественных процессах, которые не осознаются индивидом. Однако, по нашему мнению, такое представление о метапсихологии маскирует тот факт, что Фрейд не только оставался верен экономической точке зрения, но также старался обосновать свою теорию инстинктивной природой человека и биологией и предполагал, что количественные факторы позволят впоследствии решить до сих пор не решенные проблемы. Отсюда ведет свое происхождение «ошибочное использование количественных концепций в динамической психологии» (Kubie, 1947).

Конечно, нет необходимости ни в каком новом подходе, если освободить метапсихологию от ее специфического содержания, как это предложил Мейсснер (Meissner, 1981). Он отстраняется от метапсихологии, не находя в ней ничего, кроме руководящей идеи, в которой нуждается каждый ученый в дополнение к собственному методу, то есть неопровержимой банальности. Моделл (Modell, 1981) тоже лишает метапсихологию ее физикалистских черт, рассматривая «колдовскую метапсихологию» (die hexe Metapsychologie) Фрейда как символ для плодотворного осмысления и фантазирования. Подобно Мефистофелю в «Фаусте» Гёте (ч. 1, «Кухня ведьмы»), нам следует задаться вопросом: «Так ли нужно обращаться с ведьмами?» В каком смысле прибегал Фрейд к помощи «ведьминского букваря»? В работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937с) он пытался ближе подойти к ответу на вопрос, возможно ли «методом аналитической терапии раскрывать конфликт между инстинктом и Я или патогенное инстинктивное требование, направленное на Я, постоянно и безошибочно» (р. 224). Он искал помощи у ведьмы: «Мы можем только сказать: «Тогда пусть это делает ведьма!», то есть колдовская метапсихология. Без метапсихологического осмысления и теоретизирования — я чуть было не сказал «фантазирования» — мы не сможем продвинуться вперед ни на шаг» (1937, р. 225). Проконсультировавшись с ведьмой, Фрейд стал считать, что ответ можно найти в количественных аспектах силы влечения, или в «отношении между силой влечения и силой Я» (1937, р. 225—226). Фрейд объяснял переживание удовольствия и неудовольствия при помощи экономического принципа. Он полагал, что психическое и соматическое переживание удовольствия и неудовольствия берет свое начало в катексисе, наполненности аффективных представлений психической энергией: удовольствие заключается в разрядке этой энергии. Катексис и разрядка — это регуляторные механизмы, существование которых предполагалось Фрейдом. Таким образом, метапсихология ведьмы приводит нас не в царство воображения, а к реальным числовым величинам, хотя Фрейд разместил их там, куда никогда не сможет проникнуть психоаналитический метод: в биологическом субстрате, в церебральных нейрофизиологических процессах, короче, в теле.

Бреннер (Brenner, 1980) заявил, что он пришел к истинному толкованию, согласно которому метапсихология приравнивается к психологии бессознательного и ко всей психоаналитической психологии. Бесспорно, Фрейд подчеркивал значение количественных, экономических факторов в разных своих работах, не только в последних текстах. Этот акцент приписывают влиянию Брюкке, а значит, школы Гельмгольца, как будто определение происхождения экономического принципа может изменить что-

нибудь в том, что решающие факторы в психоаналитической теории, а следовательно, и в теории бессознательного — это разрядка и катексис, то есть экономический или энергетический подход. Даже Бреннеру пришлось признать, что Фрейд требовал объяснять психические явления динамически, топографически и экономически. Рапапорт и Гилл (Rapaport, Gill, p. 153) описывали эти положения как основы психоаналитической теории. Это относится, говоря словами Фрейда, к «динамическим отношениям между инстанциями душевного аппарата, которые нами признаны или (если это предпочтительнее) подразумеваются или предполагаются» (1937c, p. 226). Если к этому добавить генетический и адаптивный подходы, то вместе пять метапсихологических точек зрения охватывают весь спектр психоаналитической теории.

Теперь проблема заключается не в том, сколько гипотез формулируется и на каком уровне абстракции, но в том, какие теоретические положения можно проверить психоаналитическим методом или посредством психологических экспериментов. Рассматривая отношения между теорией и методом, Бреннер упустил из виду одну важную проблему: элементы, заимствованные Фрейдом из биологии, сузили понимание глубинной психологии и психоаналитических объяснений или даже исказили эти объяснения (см.: Modell, 1981). Эта проблема привела к критике экономического подхода в метапсихологии и, следовательно, всех теоретических положений, так или иначе с ним связанных. На информацию, полученную психоаналитическим методом, в большой степени влияют представления самого аналитика. Значит, небезразлично, как мы назовем силы, которым придается роль в психической динамике (Rosenblatt, Thickstun, 1977). Однако Бреннер (Brenner, 1980, p. 211) считает, что не имеет значения, говорят ли о психической энергии, о мотивационном импульсе либо вместо этого используют такой символ, как *abc*. Однако, поскольку бессознательное доступно психоаналитическому методу только в той степени, в какой инстинкт представлен в психике, принципиально важно, используем ли мы анонимные символы или говорим о значимых целенаправленных мотивах.

Моделл (Modell, 1981, p. 392) подчеркивает, что клиническая теория не объясняется метапсихологией, а скорее выводится из нее. В поддержку этого довода он цитирует пример из книги А.Фрейд «Эго и механизмы защиты» (1937), которая не могла бы быть написана, если бы Фрейд не пересмотрел метапсихологию и не снабдил ее новой моделью, в которой бессознательные силы рассматриваются как часть Эго. Несмотря на все проделанные модификации, Фрейд придерживался идеи *материалистического* монизма; в то же самое время в своем ис-

следовании психической жизни человека он очень хорошо отдавал себе отчет в той роли, которую играет метод. Другими словами, у него был дуалистический подход к *психологическому* исследованию бессознательных процессов и к происхождению и последствиям вытеснения. Его гений преодолел метапсихологические псевдообъяснения и проложил путь великим открытиям, описанным им в 1920-х годах в «Я и Оно» (1923b) и в «Психологии масс и анализе Я» (1921с).

В то же время его попытка дать психической жизни метапсихологическое обоснование достигла кульминации в работе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920g). Его псевдонаучные (метапсихологические) объяснения сохраняют свой престиж, несмотря на утверждение, что научной формой психоанализа является та, которая покоится на представлениях, заимствованных из психологии (1927а, р. 257), и несмотря на требование (выраженное в письме к В. фон Вайцзэкеру в 1932 году), чтобы аналитики учились «ограничиваться психологическим образом мышления» (von Weizsäcker, 1977 [1954], р. 125). Вот почему название книги Гилла «Метапсихология — это не психология» произвело такой шок.

Современный кризис отражается в критике, идущей от психоаналитиков, которые не позволили себе избрать легкого пути. Один из них — Гилл. После того как он расширил вместе с Рапапортом (Rapaport, Gill, 1959) метапсихологию, его совместная с Прибрамом (Pribram, Gill, 1976) переоценка работы Фрейда «Проект научной психологии» (1950а) ознаменовала поворот в его мышлении. Как видно из обзора Вайнера (Weiner, 1979) статьи Прибрама и Гилла и очерка Холта (Holt, 1984), посвященного жизни и работе Гилла, неизбежным стал отказ от представления об экономическом подходе как о фундаментальном принципе метапсихологии. Метод глубинной *психологии* неспособен давать заключения о нейро*физиологических* или других биологических процессах. Тем не менее Фрейд неоднократно возвращается к экономическому взгляду и к спекулятивным положениям о распределении энергии в организме по причинам, которые мы сейчас опишем.

Психоаналитик постоянно имеет дело с процессами, относящимися к телесным ощущениям человека. Субъективные теории пациента о его физическом состоянии являются антропоморфными, то есть отражают инфантильные представления о теле. Язык метапсихологии не только сохраняет устаревшие биологические представления, его метафоры поднимают фантазии пациентов о своем теле, то есть о сознательном и бессознательном образе себя, до абстрактного уровня. Гилл (Gill, 1977) указал на то, что метапсихология полна образов, явно происходящих из инфантильных представлений о сексуальности. Посредством ме-

тапсихологической системы Фрейд пытался *объяснить проекции*, которые до этого привели к развитию метафизических представлений.

Когда мы осознаем, что инфантильные представления и устаревшие биологические убеждения вплетены в ткань метапсихологических метафор, становится проще понять, почему эти метафоры сохранили такую жизнеспособность даже вопреки тому, что они пришли в негодность в качестве составных частей научной теории. Если вслед за Гиллом придерживаться определений Фрейда и их специфического содержания, то метапсихологию нельзя рассматривать как научную теорию. Если, однако, предоставить определение лично аналитику, каждый может начать заново и все-таки все останется как есть. Таким образом, Моделл (Modell, 1981) включает все универсальные психологические явления, например повторение, идентификацию и интернализацию, происхождение и развитие эдипова комплекса, развитие Суперэго и идеала Эго, в метапсихологию. Он считает, что процессы, общие для всех людей, то есть допускающие высокую степень обобщения, по определению являются биологическими.

Мы считаем нецелесообразным определять универсальные явления, такие как идентификации, конфликты Эго, инцестуозные желания и инцестуозные табу, как биологические только потому, что они встречаются во всех культурах, хотя их содержание широко варьирует от одной культуры к другой. Эти *психосоциальные процессы* предполагают способность к символизации, которая в норме ни при каких условиях не может быть приписана биологии. Каково бы ни было происхождение табу на инцест в эдиповом треугольнике, мы предпочитаем психосоциальный и социокультурный подход, использованный Парсонсом (Parsons, 1964, p. 57ff.), биологическим гипотезам, которые предполагают, что у древнего homo sapiens было какое-то представление о генетических преимуществах экзогамии и об избегании инцеста.

Надо подчеркнуть, что психосоциальные и социокультурные явления до некоторой степени автономны; ни их происхождение, ни их модификация не ограничиваются биологическими процессами. В этом контексте и в противоположность Рубинштейну (Rubinstein, 1980) мы считаем допустимой спекулятивную аргументацию Поппера и Экклза (Popper, Eccles, 1977) в защиту интеракционистского взгляда на проблему духовного и телесного как исключительно плодотворную для психоанализа. Поппер и Экклз приписывают психическим процессам мощное эволюционное влияние, когда они утверждают, что человек, научившись говорить и развив интерес к языку, вышел на путь, ведущий к развитию его мозга и интеллекта.

Здесь нас интересуют не влияние внутренней психической жизни человека на его эволюцию или размышления Поппера и Экклза на эту тему, а еще одно следствие философского интеракционизма: освобождение психоанализа как психосоциальной науки от ограничений, наложенных материалистическим монизмом, когда он выступает фундаментальным принципом метапсихологии. Философские и нейрофизиологические доводы, которые приводят Поппер и Экклз, эвристически продуктивны и менее спекулятивны, чем полагает Рубинштейн (Rubinstein, 1980). Нейрофизиологические, лучше сказать психонейрофизиологические, эксперименты Кандела (Kandel, 1979, 1983) с некоторыми видами улиток предполагают интеракцию и, следовательно, доказывают, что у психики своя собственная независимая роль. Систематическая сенсорная стимуляция органов осязания у этих улиток ведет к структурным изменениям в клетках соответствующих церебральных областей. Короче, эти новаторские эксперименты можно интерпретировать как демонстрацию того, что когнитивные (психические) процессы ведут к структурным (клеточным) изменениям (см.: Reiser, 1985).

Подводя итог, можно сказать, что критика метапсихологии так, как она сформулирована Гиллом, Холтом, Клейном и Шафером, убедительна. Моделл считает, что проблему можно разрешить, просто критикуя устаревшие фрейдовские биологические принципы объяснения. В качестве примера он приводит конкретизацию концепции энергии, говоря, что она привела к неверной теории разрядки аффектов. Мы придерживаемся того мнения, что корни кризиса лежат в смешении биологии и психологии в результате материалистического монизма Фрейда, который в конечном счете сводится к изоморфизму психики и соматики. Следовательно, мы выступаем за теорию психоанализа, основанную прежде всего на представлениях, заимствованных из психологии и психодинамики. Такой подход имеет методологические основания, так как только он дает прочный фундамент для исследований психофизиологических корреляций. Надо заметить, однако, что подобные исследования часто вдохновляются утопическим представлением о том, что нейрофизиологические эксперименты можно использовать для проверки психологических теорий. Упускается из виду, что нейрофизиологические методы и психологические теории относятся к совершенно разным объектам. Значит, бессмысленно задаваться вопросом, совместимы или несовместимы психологические и нейрофизиологические теории.

Теперь уже ясно, что психоанализ выйдет из теоретического кризиса изменившимся прежде всего потому, что аналитикам больше не придется затруднять себя псевдонаучными метапси-

хологическими объяснениями энергетических трансформаций и т.д. Аналитическая ситуация, являющаяся основой познания, практические границы и эмпирическая значимость психоаналитического метода становятся все в большей степени предметом научного изучения (Hermann, 1963).

Такое исследование имеет огромное практическое значение, потому что оно обращено к самой важной сфере применения метода — к терапии. Лишь в последнее время стало понятно, что кризис принимает такое направление. Сначала выяснилось, что отход от метапсихологии обязательно предполагает отказ от любых требований, соответствующих объясняющей теории. Многие аналитики приравнивали причинные объяснения к науке и считали, что такие объяснения в психоанализе исходят из метапсихологии, у которой, однако, отсутствуют все признаки, характерные для поддающейся проверке научной теории. Критика Хабермасом (Habermas, 1971) фрейдовского «научного самозаблуждения», относящаяся к более поздним метапсихологическим псевдообъяснениям, была подхвачена на лету и заставила многих упустить из виду то, что Хабермас придает очень большое значение и интерпретации, и объясняющей теории бессознательных процессов. Мы подробно рассмотрели эти проблемы в нашей предыдущей публикации, посвященной методологическим сложностям клинических психоаналитических исследований (Thomä, Kächele, 1975), где делается попытка связать важную роль интерпретаций в терапевтической работе, свидетельствующую о том, что психоаналитический метод — это особая форма герменевтики, с требованием Фрейда систематизировать в психоаналитической теории объяснения переживаний, действий и поведения человека. Однако, поскольку объясняющая теория психоанализа приравнивалась к метапсихологии, а хорошо обоснованная попытка систематизации Рапапорта привела к осознанию того, что эти идеи невозможно проверить научно ни в психоаналитической ситуации, ни экспериментально, казалось, что обращение к герменевтике аналитиков как внутри, так и вне круга Рапапорта являлось выходом из ситуации.

Рассмотрим теперь этот поворот к герменевтике, обратясь к работе Клейна, исследователя, который связал герменевтику с клинической теорией. В противоположность многоэтажному зданию Уэлдера (Waelder, 1962) Клейн выделяет две теоретические системы, которые различаются в зависимости от того, какие ставятся вопросы. Сначала он разработал это различение в отношении сексуальности (G. Klein, 1969), а затем сделал обобщение (G. Klein, 1970, 1973). Клейн разделяет клиническую теорию и метапсихологию и дифференцирует их при помощи вопросов «почему» и «как», ссылаясь на разрыв между клиническими и теоретическими выкладками во фрейдовском

толковании сновидений. В центре клинической теории стоит проблема смысла, цели и намерения. Поскольку идея научного обоснования психоанализа стала ассоциироваться с метапсихологическими псевдообъяснениями, то Клейн пришел к дихотомии, в которой понимание закрепляется за аналитической практикой, а проблема объяснения или игнорируется, или обходится стороной. Вопрос состоит в том, обладают ли мотивационные объяснения эпистемологическим статусом, который отличается в принципе от статуса причинных объяснений.

Философские аргументы по поводу того, различаются ли обоснование и причина в категориальном плане и отличаются ли причинные объяснения от оправдания мыслей и действий человека или нет, одинаково весомы. Логика психоаналитических объяснений и их положение между описанием, мотивационным контекстом и функциональным контекстом сами по себе составляют проблему, но здесь мы не можем ее рассматривать (Rubinstein, 1967; Sherwood, 1969; Eagle, 1973; Moore, 1980). Дискуссия о мотиве и причине не привела ни к каким выводам (Beckerman, 1977; Wollheim, Hopkins, 1982; Grünbaum, 1984). С учетом терапевтической практики можно сослаться как на мотивационные объяснения, так и на смысловые контексты. Нам бы хотелось это проиллюстрировать выдержкой из нашей более ранней публикации.

По отношению к симптоматике конструкции принимают форму объясняющих гипотез... следовательно, они становятся теоретическими утверждениями, из которых можно вывести единичные прогнозы. Вообще говоря, эти прогнозы идентифицируют условия, причинно ответственные за невротическое состояние, и требуют, чтобы терапевтический процесс устранил эти условия в целях изменения (Thomä, Kächele, 1976, p. 86).

В этом тезисе нет ничего сверх теории вытеснения Фрейда, которую принимает и Хабермас. Однако в противоположность Хабермасу и (даже в большей степени) Лоренцеру (Lorenzer, 1974) мы придерживаемся того представления, что верификация изменения может и должна вестись за пределами субъективной интуиции. Если бы это было не так, герменевтическое понимание рисковало бы стать *folie à deux*[1]. Вслед за Фрейдом мы предполагаем существование причинной связи между отдельной детерминантой — вытеснением инстинктивного импульса — и последствием — возвращением вытесненного материала в виде симптома. Фрейд оформил этот тезис в метапсихологических терминах.

---

[1]Безумие вдвоем (*франц.*).

Но мы пришли к термину или понятию бессознательного другим путем, рассматривая определенные переживания, в которых играет роль душевная *динамика*. Мы обнаружили, то есть были вынуждены предположить, что существуют очень мощные душевные процессы или представления (и здесь впервые встает вопрос о количественном или экономическом факторе), которые могут порождать все эффекты душевной жизни, так же как это делают обыкновенные представления (включая те эффекты, которые в свою очередь могут стать сознательными как представления), хотя сами по себе они не осознаются. Здесь нет необходимости подробно повторять то, что так часто объяснялось до этого. Достаточно сказать, что в этом месте вступает психоаналитическая теория и утверждает, что причина, по которой такие представления не могут стать сознательными, состоит в том, что им противостоит определенная сила, мешающая им стать сознательными, что показало бы, как мало они отличаются от других элементов, считающихся физическими. Тот факт, что в технике психоанализа найдено средство, при помощи которого можно упразднить противостоящую силу и сделать сознательными представления, о которых идет речь, делает эту теорию неопровержимой. Состояние, в котором представления существовали прежде, чем они сделались сознательными, названо нами *вытеснением*, и мы полагаем, что сила, которая осуществила вытеснение и поддерживает его, воспринимается как *сопротивление* во время аналитической работы (1923b, p. 14).

Сила сопротивления, описанная здесь в метапсихологических терминах, может быть, как мы полагаем, психодинамически подтверждена и аналитически исследована без обращения к «экономическому фактору». В процессе разрешения бессознательного конфликта интерпретативной работой изменяются условия, поддерживающие вытеснение (и, следовательно, симптоматику). В конечном счете специфические бессознательные причины вытеснения могут стать недействительными. Это изменение может устранить процессы, определяющиеся причинной связью, но не саму связь; как подчеркнул Грюнбаум (Grünbaum, 1984), в действительности такое устранение подтверждает предполагаемую роль этой связи. Мы не будем здесь вдаваться в вопрос эмпирического доказательства и проблемы проверки гипотез в аналитической ситуации (см. гл. 10). Этой объясняющей схемы недостаточно, чтобы ответить на вопрос, почему бессознательные состояния выражаются в форме симптомов. Энергетическую модель, дающую псевдообъяснение, следует заменить более подходящей.

Мы стремимся здесь продемонстрировать то, что *объясняющая теория* психоанализа указывает на бессознательные психические процессы и они становятся доступными *толкованию*. Любое систематическое исследование психоаналитической ситуации должно, следовательно, включать наряду с пониманием также и объяснение. Особенно важно определить, какие представления имеются у аналитика, когда он делает эмпатические интерпретации. По нашему мнению, надо особое внимание уделять тому, как предварительные теоретические концепции ана-

литика влияют на его действия. В этом контексте особые сожаления вызывает то, что экономический принцип метапсихологии продолжает жить в глубинной герменевтике, в работах Хабермаса (Habermas, 1971), Рикёра (Ricœur, 1969) и особенно Лоренцера (Lorenzer, 1974), хотя современное состояние нашего знания ясно показывает, что этот принцип не соответствует действительности и, следовательно, не подходит в качестве рамок для интерпретации (см.: Thomä et al., 1976).

Тем не менее многим аналитикам очень трудно отказаться от метапсихологии. С годами метафоры метапсихологии приобрели *психодинамические* смыслы, очень далекие от изначальных физических смыслов. Например, принцип постоянства Фехнера, который представлял содержание экономической точки зрения, превратился в принцип нирваны. Даже глубокую человеческую истину, выраженную в стихотворении Ницше (1893): «Все удовольствие ищет вечности... хочет глубокой, глубокой вечности», — можно понять как антропоморфное выражение принципа постоянства и теории разрядки.

Именно те переживания, которые Дж. Клейн назвал «витальными, жизненными удовольствиями», как никакие другие, имеют такое физическое основание. Голод и сексуальность обладают качеством, которое обоснованно называется термином «инстинкт», и как явления отличаются от других переживаний. Высшая точка сексуального возбуждения, оргазм, — это полностью телесное ощущение, но и переживание огромной радости. Похоже, что экстаз затрагивает вечность и теряет ее в высшей точке, чтобы вновь стремиться к ней и снова обрести ее в томлении. В то же время происходят вполне прозаические процессы положительной и отрицательной обратной связи (то есть мотивационные процессы на сознательном и бессознательном уровнях), которые не упоминаются во фрейдовской теории влечений, построенной им по модели рефлекторной дуги. Поэтому Холт (Holt, 1976) после подробной и позитивной оценки клинических данных, соответствующих теории либидо, то есть психосексуальному развитию человека, приходит к заключению, что инстинкт как *метапсихологическое* понятие мертв и его необходимо заменить *желанием*. В его тщательном исследовании представлены убедительные клинические и экспериментальные находки в поддержку этой позиции. Мы не можем здесь приводить подробности, но нам хотелось бы подчеркнуть, что, используя теорию желаний Фрейда, Холт адекватно охватывает все элементы *психосексуальности*. Психоаналитическую теорию мотивации и смысла, которая создается в настоящее время, можно будет рассматривать как положительное развитие в отношении кризиса теории только в том случае, если она окажется способной связать наблюдаемые и известные явления с бес-

сознательными процессами более убедительно — с точки зрения как понимания, так и объяснения, — чем прежняя и нынешняя теоретическая мешанина.

И в самом деле, в философских и психоаналитических исследованиях с такими вызывающими названиями, как «Что осталось от психоаналитической теории?» (Wisdom, 1984) и «Смерть и преображение метапсихологии» (Holt, 1981), некоторые психодинамические принципы, связанные со значимостью динамического бессознательного, выделены более отчетливо, чем в туманной метапсихологии. В конечном счете происходит возврат в преобразованном виде к ранним открытиям Фрейда о бессознательной психической жизни человека: в начале было желание. Инстинктивные желания являются мотивирующей силой нашей жизни. Стремление к удовольствию и избегание неудовольствия составляют самые важные мотивы действий человека, особенно если эти принципы основываются на всем спектре переживания удовольствия и неудовольствия. Принцип удовольствия-неудовольствия является регуляторной схемой первого порядка. Психоанализ, таким образом, потерял бы свою глубину, если бы его теория мотивации не началась с динамического бессознательного. Здесь, однако, мы наталкиваемся на главную трудность метода, на которую указал Уиздом.

Бессознательное [то есть динамическое бессознательное, которое не может стать сознательным даже при помощи интерпретаций] походит на корень дерева, но, сколько бы ни развивался корень в видимые отростки, его никогда нельзя отождествить с суммой этих отростков, которые пробиваются сквозь почву. У бессознательного всегда больший потенциал, и само оно больше, чем его проявления. Его научный статус подобен тем понятиям высшего уровня в физике, которые *никогда* не открываются для проверки посредством прямого наблюдения (Wisdom, 1984, p. 315).

Уже во времена работы над «Толкованием сновидений» Фрейд пришел к выводу о существовании бессознательных желаний, потому что обнаружил мысли, *перенесенные* в предсознательное. И так было всегда в отношении выводов, основанных на психодинамической теории желания; их нельзя подтвердить или опровергнуть предположениями о нейрофизиологических процессах, будь то сформулировано Фрейдом или современными авторами. Инстинкт во фрейдовском метапсихологическом смысле нельзя объявить мертвым только лишь потому, что голод, жажда и сексуальность регулируются механизмами иными, чем разрядка. Доводы Холта (Holt, 1976, 1982), безусловно, релевантны психоанализу, но только при условии, что метапсихология Фрейда принимается за основание для научного объяснения. Именно убежденность в этом и мешала признанию аналитиками неадекватности дуалистической теории влечений, пронизывающей все уровни теории и практики.

Объясняющая теория психоанализа остается связанной с биологией XIX века, вместо того чтобы обратиться к данным, добытым в аналитической ситуации. Конечно, в психоаналитической ситуации, так же как и в метафорическом языке психоаналитической практики, метапсихология на протяжении долгого времени видоизменялась, хотя лишь совсем недавно произошли ее достойные похороны и, следовательно, раздел ее имущества. Из методологических соображений мы в противоположность Рубинштейну (Rubinstein, 1976) и Холту (Holt, 1976) принимаем точку зрения Поппера и Экклза (Popper, Eccles, 1977), несмотря на их акцентирование независимости психического и физического уровней внутри целого, потому что это точка зрения психофизического интеракционизма, а теории тождественности, как правило, ведут к монистическому материализму, которого придерживался также и Фрейд. Вездесущая склонность к теории тождественности, похоже, имеет свои корни в бессознательном. Каждый из нас отождествляется со своим телом, но оно также и чуждо нам, потому что мы не можем всмотреться в него как в объект. Наше тело вызывает у нас больше удивления, чем внешние объекты, которые мы можем расчленить и исследовать. Наконец, мы можем занять внешнюю позицию, интеллектуально отделившись от своего тела. Это может быть связано с бессознательным стремлением к единству, о котором говорят, что оно пронизывает все области науки; это вечная надежда на то, что один и тот же набор концепций в один прекрасный день сможет стать валидным на некоем очень высоком уровне абстракции. Этот аргумент, хотя и в разных формах, возникает всегда; его критиковал Адорно (Adorno, 1972 [1955]) в связи с отношениями между социологией и психологией.

Мы считаем, что критика энергетики инстинктов открыла для научной глубинной психологии новые измерения. Одно несомненное возражение против этой точки зрения заключается в том, что ответвления психоанализа, отклоняющиеся от теории влечений, часто становятся поверхностными (Adorno, 1952). Однако этой потери глубины можно избежать. Возможно, она связана с тем, что многие аналитики приравнивают к инстинкту или энергии бессознательное. Отказ от экономического подхода в результате отрицания теории влечений сдерживает фантазии аналитика о бессознательном его пациентов. Кроме того, терапевтический процесс зависит от многих факторов, а наши мысли о силе мотива стимулирующе воздействуют на бессознательное. Психоаналитическая эвристика всегда будет ориентироваться на принцип удовольствия и динамику бессознательных желаний, даже если исчерпан экономический подход теории инстинктов. Те истины, которые скрыты и метафорически выражаются во фрейдовской мифологии влечений, заключаются, вероятно, в

том факте, что Оно можно понимать как неисчерпаемый источник человеческой фантазии о том, чтó находится за пределами ограничивающих реалий, за пределами времени и пространства. В психоанализе либидо рассматривается как «подлинная психическая реальность», как это продемонстрировал Адорно (Adorno, 1952, p. 17). Обобщить понятия либидо до интенциональности — значит лишить его элементарной мотивационной силы, которую соблазнительно описать как коренящуюся в физическом существовании. Так, критикуя экономический взгляд теории либидо, нельзя не позаботиться и о том, чтобы вместе с водой не выплеснуть и младенца. Диагноз Адорно точен. Пересмотренный и социологизированный психоанализ имеет тенденцию снова впасть в поверхностность, характерную для Адлера: он заменяет динамическую теорию Фрейда, основанную на принципе удовольствия, простой эгопсихологией (Adorno, 1952, p. 2).

Принцип экономии влечений и положения, касающиеся регуляции психической энергией переживаний удовольствия и неудовольствия, стали непригодными как на основании нейрофизиологии и клинического психоанализа, так и последних наблюдений над взаимодействием матери и ребенка. Яркий графический язык фрейдовской теории предполагает подобие физических и психических процессов, которого на самом деле не существует. Если под влиянием внушающей силы метафор аналитик применяет их в областях, где сравнение уже не является валидным, то его терапевтические действия тоже будут неуместными. Кризис теории очень глубоко внедряется в психоаналитическую практику.

## 1.4 Метафоры

Фрейд опирался на нейроанатомию и нейрофизиологию конца XIX века и ссылался на эти области, прибегая к их помощи, чтобы ориентироваться на новой, незнакомой территории, которую он исследовал. Нам стоит и сейчас обращать внимание на его совет «сопротивляться искушению флиртовать с эндокринологией и автономной нервной системой, в то время как необходима *атмосфера психологических фактов, поддерживаемая рамками психологических концепций*» (1927a, p. 257; курсив наш). Это же предостережение мы находим в работе «К вопросу о непрофессиональном анализе», в том самом месте, где Фрейд проводит «истинную линию разделения... между *научным* анализом и формами его *применения* как в медицинской, так и в немедицинских областях» (p. 257) и делает свое известное утверждение относительно их неразрывной связи: «Не... логично»

проводить различие «между медицинским (то есть терапевтическим) и прикладным анализом» (p. 257).

Поскольку *метафорические* описания покоятся на *непсихологических* концепциях, как это бывает во многих случаях в метапсихологии, им не удается удовлетворить требованиям Фрейда (к которым, однако, он сам относился пренебрежительно в начале своего творчества).

Метафоры Фрейда, объединяющие в себе явления возбуждения, разрядки, катексиса, связи и т.д., своим происхождением обязаны нейрофизиологии XIX века. Конечно, само по себе употребление метафор критиковать не за что; они являются неотъемлемой частью каждой научной теории (Grossman, Simon, 1969; Wurmser, 1977). Метафоры переносят смысл с первичного (знакомого) объекта на вторичный (незнакомый) объект, как показал Грасси (Grassi, 1979, p. 51ff.), рассматривая историческое развитие концепции. Сравнения сами по себе ничего не определяют, как писал Фрейд (1933a, p. 72), но они действительно помогают аналитику почувствовать себя уютнее на новой, незнакомой территории. Поэтому для Фрейда было совершенно естественным ссылаться на неврологию, например сравнивая психический аппарат с рефлекторной дугой или описывая бессознательное как «хаос, котел, полный бурлящих возбуждений» (1933a, p. 73), — можно привести множество других введенных им экономических и количественных метафор (Rubinstein, 1972).

Как из практических, так и из теоретических соображений важно выяснить, как далеко простирается сходство, предполагаемое метафорами. Важно различать общие черты и отличительные особенности явлений, которые описываются метафорами, то есть определять положительные и (особенно) отрицательные аспекты аналогии (Hesse, 1966; Cheshire, 1975). Чем удачнее сравнение, тем ярче раскрывается сходство; однако выразительные метафоры, на первый взгляд объясняющие сходство, на самом деле мешают обратить внимание на его отсутствие. Фрейд создал множество метафор, с которыми психоанализ все еще чувствует себя достаточно уютно (J. Edelson, 1983), в то время как неудачные метафоры были отброшены. По мере того как теория подвергалась модификациям, область отрицательной аналогии, то есть различий, часто оставалась непроясненной. Возможно даже, что многие метафоры, введенные Фрейдом, были основаны на убеждении в изоморфизме, то есть в тождестве сравниваемого. Иначе он не рассматривал бы возможность — не выражал бы надежду, — что психоаналитическая терминология однажды сможет быть заменена стандартизированной физиологической и химической терминологией, согласно принципам материалистического монизма (1920g, p. 60).

Еще одна сложность заключается в том, что многим психоаналитическим метафорам из нейрофизиологии XIX века все еще приписывается научная валидность, которую они давно фактически утеряли в своей «родной» области, так и не получив адекватного эмпирического обоснования на своей «второй родине». На деле эта старая терминология искажает психоаналитический опыт и его интерпретации. Когда-то у метафор была полезная интегрирующая функция, состоявшая в том, что они выстраивали мост от известного к неизвестному. Позднее язык, основанный на этих метафорах, сыграл свою роль в формировании профессиональной идентичности психоаналитика в психоаналитическом движении.

И вот мы переходим к другой языковой проблеме. Брандт (Brandt, 1961, 1972, 1977), Беттельхейм (Bettelheim, 1982) и Пайнс (Pines, 1985) утверждают, что большинство существующих проблем в психоанализе восходит к приписываемой Стрэчи замене метафорической и антропоморфной терминологии Фрейда искусственным механистичным английским языком в целях придания всему этому научной ауры. То, что в переводах Стрэчи встречается много слабых мест и есть откровенные ошибки, стало бесспорным для многих немецкоязычных аналитиков, и нет сомнения, что он заменил многое из прозрачной и живой речи Фрейда терминами, которые в лучшем случае что-то значат лишь для ученых с классическим образованием. Но можно ли видеть в этом причину теоретических проблем, которые оказывают такое глубокое воздействие на психоаналитическую практику?

Критические замечания Беттельхейма можно проиллюстрировать ссылкой на перевод слов «Besetzung» и «besetzen» как «катексис» и «катексировать». Английские слова ничего не говорят неспециалисту, непрофессионалу в противоположность первоначальным терминам Фрейда (*besetzen* означает «занимать, заполнять»). Но что сам Фрейд понимал под словом «Besetzung»? В 13-м издании Британской энциклопедии (Encyclopaedia Britannica) он опубликовал в 1926 году статью «Психоанализ: фрейдовская школа» («Psychoanalysis: Freudian School»). На немецком языке она появилась в 1934 году под названием «Psycho-Analysis». Именно здесь Фрейд писал:

> С экономической точки зрения психоанализ предполагает, что психические представители влечений обладают зарядом (катексисом) определенного количества энергии и что назначение душевного аппарата состоит в препятствовании накоплению этих энергий и поддержании возбуждения на возможно более низком уровне. Ход душевного процесса автоматически регулируется «принципом удовольствия-неудовольствия»; и неудовольствие, таким образом, соответствует возрастанию возбуждения, а удовольствие его убыванию (1926ff, p. 265—266).

То, что сам Фрейд использует здесь слово «катексис», не имеет значения. Важно то, что на основе экономических гипотез Фрейда — неважно, сформулированы ли они на немецком, английском или на любом другом языке, — психоаналитики старались продемонстрировать катексис, используя гротескные формулы для его описания (например: Bernfeld, Feitelberg, 1929, 1930) или описывая запутанные трансформации либидо (например: Hartmann, Kris, Loewenstein, 1949). Аналитики часто беззаботно приписывали термину «катексис» объясняющую силу вследствие его кажущейся количественной точности. Это влияет на весь диапазон психоаналитической практики, например на количественное понятие напряжения, возрастающего в результате молчания. При тщательном изучении работы Рикёра (Ricœur, 1970) видно, что теория количественной разрядки проникает даже в его герменевтический подход. Оставив в стороне ошибки перевода, можно сказать, что именно неологизмы обладают потенциалом обнажать проблемы. Без особой необходимости Фрейд не любил употреблять технические термины и был не удовлетворен, когда в 1922 году ради ясности Стрэчи изобрел слово «катексис» (взяв его из греческого языка) в качестве перевода для слова «Besetzung». Стрэчи (см.: Freud, 1923b, p. 63) замечает в своем введении к «Я и Оно», что Фрейд, может быть, в конце концов смирился с «катексисом», поскольку он сам использовал этот термин в немецком варианте статьи из Британской энциклопедии (Freud, 1926f, p. 266). Орнстон (Ornston, 1985a,b) независимо от нас опубликовал полезную информацию о предыстории того, как Стрэчи ввел этот термин. Обычный немецкий читатель может догадаться об аналитическом значении слова «besetzen», перенося разнообразные неспециальные значения этого слова в новое поле, то есть понимая термин метафорически. Напротив, неологизм «катексис» может служить метафорой только для ученого с классическим образованием, которому известно значение греческого корня.

Чтобы еще раз обрисовать нашу точку зрения, отметим, что было бы ошибочно утверждать, как это делают Беттельхейм (Bettelheim, 1982) и Брандт (Brandt, 1961, 1972, 1977), что введенные Стрэчи неологизмы, такие, как «катексис», или его латинизация немецких терминов Ich и Über-ich (Я и Сверх-Я), Эго и Супер-Эго, ответственны за создание новых проблем. Напротив, переводы Стрэчи раскрыли проблемы, которые уже существовали (Ornstein, 1982). Вопрос заключается в соотношении объясняющей психоаналитической теории и субъективного опыта пациента. Фрейд разработал свою стратегию перехода от описания явлений к психоаналитическому объяснению в «Лекциях по введению в психоанализ».

Мы стараемся не просто описать и классифицировать явления, но и понять их как знаки взаимодействия душевных сил, как проявление целенаправленных намерений, работающих согласованно или во взаимной оппозиции. Нас интересует *динамический взгляд* на душевные явления. По нашему мнению, воспринимаемые явления должны уступить по важности тенденциям, которые представляются только гипотетическими (Freud, 1916/17, p. 7).

С этой точки зрения предпочтение латинской формы Эго (и Супер-Эго) англицированному переводу немецкого Ich (и Über-Ich) не имеет никакого значения, так как ни Эго, ни аналитическое использование Ich не может быть приравнено к самому переживающему Я (erlebendes Ich). Во введении к работе «Я и Оно» Стрэчи справедливо утверждал, что использование Фрейдом слова «Ich» далеко не ясно.

Конечно, этот термин широко употреблялся еще до времен Фрейда, но нельзя считать однозначным тот смысл, который он сам ему приписывал в своих ранних работах. Представляется возможным указать на два основных случая его употребления: в одном случае термин отделяет саму личность (the person's self) как целое (возможно, включая и тело) от других людей, а в другом обозначает отдельно часть психики, характеризующуюся особыми признаками и функциями (Strachey. — In: Freud, 1923b, p. 7—8).

Фрейд пытался объяснить индивидуальный субъективный опыт средствами теории душевного аппарата. Поэтому никакое возможное улучшение в переводе с немецкого оригинала не могло бы помочь решению проблем, возникающих в теории.

Определенную роль играет то, как мы понимаем «Оно» и можно ли на вопрос Хэймана (Hayman, 1969) «Что мы понимаем под "Id"?» ответить в контексте английского, французского, испанского или немецкого общества или культуры. Все же это — замещение (субстантив), и, как подчеркнул Брейер в совместной публикации с Фрейдом в 1895 году на всех языках, равновелика опасность:

Слишком просто приобрести умственную привычку считать сущностью субстантив, заменять или постепенно скрывать объект за термином, за осознаванием. И если у кого-то уже сформировалась привычка использовать такие локальные взаимосвязи, как «бессознательное», метафорически, то он со временем действительно выстроит представление, в котором сама метафора будет забыта и которым он будет манипулировать, как если бы оно было реальностью. Так рождается мифология (Breuer, Freud, 1936, p. 169).

То, что предостережения Брейера против материализации, овеществления так мало учитываются, объясняется неадекватным рассмотрением философских аспектов, которое осветил Дилман (Dilman, 1984, p. 11).

Когда немец слышит слово «Es», он немедленно думает о безличном местоимении «es» (это), которое очень широко используется в немецком языке как грамматическое подлежащее: «es fällt mir ein» (ср. «мне подумалось»), «es stö(ss)t mir etwas zu» («со мной что-то происходит»), «es hat mir geträumt» («мне приснилось»), «es hat mich überwältigt» («меня потрясло»). «Es» характерно для немецкой речи при выражении чувств. Керц (Kerz, 1985) пишет, что Ницше, несмотря на всю свою критику мышления сущностями, не уклонялся от того, чтобы говорить о воле, власти, жизни, силе и т.д., когда он пытался снять ограничения самосознания. Несмотря на все предостережения, замещения постоянно овеществляются и, следовательно, «Оно» тоже наделяется целым рядом человеческих качеств.

Антропоморфизм неизбежен при употреблении метафоры, для которой человек бессознательно использует себя как стандарт, являющийся мерой всему, и, соответственно, ищет себя и особенно свои желания и намерения в скрытой, все еще бессознательной сфере человеческой природы — в Оно. Несмотря на свою физикалистскую терминологию, Фрейд воздерживался от приписывания материальной субстанции овеществленному Оно, поскольку широко использовал антропоморфные метафоры для объяснения бессознательных процессов и строго придерживался психоаналитического метода. Однако, как только пересекается определенная граница, остается лишь шаг до болезней Оно и до приравнивания Оно к патологическим телесным процессам. Понимание Оно в период романтики и в философии жизни (Оно Ницше) становится психосоматическим Оно Гроддека — и тогда начинает маячить на горизонте недостижимая цель — мистическая универсальная наука.

Что мы подразумеваем под Оно? На этот вопрос можно более удовлетворительно ответить, если познакомиться с влиянием истории философской мысли на решения Фрейда, включая решение употребить вслед за Ницше слово «Es». У говорящего по-немецки, знакомого с интеллектуальной историей, будут другие ассоциации с Es, чем те, которые возникнут у читающего по-английски «Стандартное издание» трудов Фрейда, но английский, французский и немецкий варианты психоаналитической теории душевного аппарата — все они в равной степени далеки от попытки пациента свободно ассоциировать. Беттельхейм (Bettelheim, 1982) винит латинизацию некоторых основных терминов и относительно низкий уровень образования многих из сегодняшних пациентов (которые в отличие от образованной буржуазии Вены незнакомы с классической мифологией, например с легендой об Эдипе) в том, что, с его точки зрения, психоанализ потерял человечность Фрейда и стал абстрактным.

Мы считаем аргументацию Беттельхейма ошибочной, поскольку теория Фрейда, как и любая другая, отличается от субъективного опыта и применение метода на практике никогда не зависело от того, слышал ли когда-нибудь пациент о драме Софокла. На самом деле, чем меньше он знает, тем более убедительными являются любые терапевтические и научные открытия. Критику Беттельхейма нельзя применить к психоаналитической теории или к обычному современному пациенту, ее можно применить только к той манере, в которой аналитики используют теорию Оно. Конечно, теории могут быть более или менее механистическими, и теория Фрейда, согласно которой замещение, сгущение и пластическая репрезентация являются самыми важными бессознательными процессами, возможно, более механистична, чем положение Лакана (Lacan, 1968) о том, что бессознательное структурировано так же, как язык. Теоретические утверждения о бессознательных процессах, участвующих в вытеснении, не имеют прямой связи с чисто человеческой ответственностью аналитика, но когда дело доходит до терапевтического применения психоаналитического метода, человеческая эмпатия сразу же приобретает должное значение. Профессиональная ответственность, таким образом, требует искать решения проблем, которые мы очертим в конце десятой главы.

Наконец, следует подчеркнуть, что одной из причин особого положения метафор в психоаналитическом диалоге является то, что они позволяют связать конкретное и абстрактное. Кроме того, прояснение сходства и различий является постоянным фактором в терапии (Carveth, 1984b). Арлоу (Arlow, 1979) назвал психоанализ метафорической процедурой на том основании, что перенос — типичное явление в психоанализе — восходит к метафорическому процессу, то есть к перенесению смысла из одной ситуации в другую. Мы рассмотрим влияние этого подхода на технику лечения, когда будем обсуждать интерпретации переноса в разделе 8.4.

## 1.5 Обучение

Психоаналитические учреждения не смогли поддержать неразрывную связь между терапией и исследованиями. Наследие Фрейда главным образом передается путем обучения терапевтов, систематические исследования и лечение пациентов в амбулаторных клиниках, как предусмотрено той моделью Фрейда, в соответствии с которой должен функционировать психоаналитический институт, ведутся недостаточно интенсивно. Таким образом, возник застой, который поначалу скрывался под обманчивой маской неожиданного распространения психоанализа в

США после второй мировой войны. Принятие психоанализа обществом мотивировало многих молодых врачей проходить психоаналатическую подготовку. Возникли новые обучающие центры. Психоаналитические концепции формировали основу динамической психотерапии и психиатрии (см.: Sabshin, 1985). Но систематическое исследование аналитической ситуации — родной почвы психоанализа только начинается (Schlesinger, 1974).

В США, кроме нескольких немедиков, которые признаны как кандидаты-исследователи в силу своего таланта к междисциплинарным исследованиям, только квалифицированные и подготовленные психиатры могут обучать психоанализу и практиковать его. Поэтому на первый взгляд именно «медицинской ортодоксией» (Eissler, 1965) или «медико-центристской» подготовкой (Parin, Parin-Matthèy, 1983a) можно было бы объяснить наблюдаемый печальный застой в этой области. Однако при ближайшем рассмотрении этот опрометчивый диагноз оказывается всего лишь описанием симптоматики, причем основанным на довольно узкой концепции медикоцентризма. Точнее было бы сказать, что целью подготовки является один и тот же стандартный результат, распространенный во всем мире. Даже в странах, где обучение открыто для непрофессионалов (включая ученых-теоретиков, немедиков), учебные заведения выпускают именно терапевтов-психоаналитиков. Специализация в стандартной технике дает им возможность лечить тех пациентов, которые для этого подходят.

Неопровержимым фактом является то, что почти все психоаналитики-немедики оставляют свои предыдущие профессии; очень немногие остаются активными в своей изначальной научной дисциплине или проводят в ней междисциплинарные исследования. Одним из почетных исключений является маленькая группа психоаналитиков-немедиков, которые были квалифицированными учеными, прежде чем получили подготовку под покровительством Американской психоаналитической ассоциации. Благоприятные внешние условия помогли большинству из этой группы аналитиков продуктивно работать в области междисциплинарных исследований и сохранять свою компетентность в изначальных областях на благо психоанализа. Следовательно, именно цель подготовки налагает ограничения и поддерживает ортодоксию, за которой несправедливо закрепился ярлык «медицинская». Во всех других областях медицины базовые исследования фактически поощряются, в психоаналитическом же обучении акцент на практике носит ярлык «медикоцентристский».

Общие и специальные научные опросы, в том числе и в психоаналитических исследованиях, разрывают цепи любого вида

ортодоксии. Это ведет к сотрудничеству психоанализа *с гуманитарными и социальными науками*. Фрейд подчеркивал, что

> [психоанализ,] единственный среди медицинских дисциплин, имеет наиболее обширные отношения с науками о психике, и... в этом положении он должен играть такую же важную роль при изучении религиозной и культурной основы в мифологии и литературе, какую играет в психиатрии. Это может показаться странным, если учесть, что изначально его единственной целью было понимание и устранение невротических симптомов. Однако тут нетрудно усмотреть начало моста, который может быть перекинут к наукам о душе. Анализ сновидений позволил нам понять душевные бессознательные процессы и показал, что механизмы, которые продуцируют патологические симптомы, так же действуют и в нормальной душевной жизни. Так психоанализ стал *глубинной психологией* и как таковой может использоваться в науках о психике... (Freud, 1923a, p. 252—253)

В попытке адекватного лечения больного как личности медицина должна привлекать *все* науки, которые могут помочь исследовать, облегчить и излечить страдания человека. В этом смысле психоаналитический метод является одним из многих слуг, а его хозяином является не профессия специалиста, а скорее пациент. В большей степени, чем признанные дисциплины, психоанализ должен был (и все еще должен) бороться за свое право определять диапазон деятельности и исследования и соответственно работать на благо пациентов и общества.

Психоанализ долгое время оставался одним из младших слуг, и Фрейду пришлось бороться, чтобы защитить его от подчиненности хозяину, а именно психиатрии. Это мешало и практическому и научному развитию. Эйсслер (Eissler, 1965) приветствовал отделение психоаналитических учебных заведений от факультетов медицины и от университетов, но это отделение было фактически одной из *причин* медицинской ортодоксии, которая его огорчала. Ортодоксальные подходы не имели бы шансов на выживание в научной медицине. Конечно, психоанализ по серьезным причинам всегда был медикоцентристским, в том смысле, что терапевтическая практика есть его основа (и место рождения его теории культуры). Научные исследования, в частности, демонстрируют междисциплинарное положение психоанализа и его зависимость от взаимодействия со смежными науками. Психоаналитические подходы можно продуктивно применять в гуманитарных науках. Однако всякое междисциплинарное сотрудничество также ведет к тому, что глобальные требования со стороны психоанализа становятся относительными, будь то в психологии или в теории культуры. В каждом психоаналитическом институте или университете, где в последние десятилетия были сформированы исследовательские группы, была подорвана всяческая идеология (Cooper, 1984b; Thomä, 1983b).

К ригидности привело не основание отдельных психоаналитических учебных заведений как таковых, но скорее их односторонность, которая печалила даже такого выдающегося психоаналитика, как Анна Фрейд (A. Freud, 1971), а Кернберг (Kernberg, 1985) недавно сообщил, что и структурно и функционально психоаналитические учебные заведения ближе к профессиональным школам и теологическим семинариям, чем к университетам и школам искусств. Такое неблагоприятное состояние дел встречается повсюду, в том числе и в относительно либеральных центрах, не контролируемых Международной психоаналитической ассоциацией (IPA), которые готовят как психоаналитиков-немедиков, так и врачей. Критика Анны Фрейд приложима повсюду, где во время обучения отрицается исследование, а практический опыт ограничен несколькими супервизируемыми случаями. Увеличение длительности лечения в последние десятилетия и соответствующая интенсификация супервидения не ослабили ригидности в заметной степени.

Мы не можем здесь развивать дальше сложную тему обучающего и супервизируемого анализа, однако показательно, что длительность лечения пациентов растет пропорционально длительности обучающего анализа. Обучающий и супервизируемый анализ, таким образом, определяет специфические черты школ чистого, строгого и подлинного психоанализа. Гловер (Glover, 1955, p. 382) давно привлек внимание к нарциссическим компонентам этого преувеличенного внимания *количеству*, а именно к числу сеансов, длительности анализа в течение ряда лет или десятилетий и последствиям этих двух факторов. В книге о психоаналитической терапии нельзя не упомянуть об этой проблеме, ибо обучающий и супервизируемый анализ влияет на практику и на профессию больше, чем все другие аспекты подготовки вместе взятые. Продление обучающего и супервизируемого анализа, произошедшее за пятьдесят лет, создало значительные проблемы (A. Freud, 1971, 1983; Arlow, 1982; Laufer, 1982).

Многообещающим знаком является то, что IPA теперь рассматривает эту проблему. Например, Кернберг обобщил свои наблюдения на симпозиуме, организованном IPA, на тему «Перемены среди аналитиков и в их обучении» (Wallerstein, 1985). Оптимистично, что в конце концов должны появиться перемены, которые позволят реализовать триаду Фрейда: обучение, лечение пациента и исследование. Очевидно, что вечерние курсы того типа, которые проводятся в традиционных психоаналитических учебных заведениях, не соответствуют этой цели (A. Freud, 1971; Redlich, 1968; Holzman, 1976).

# 1.6 Направления и течения

Чем дальше развивается психоанализ, тем труднее разным школам прийти к согласию в отношении его существенных черт. Перемены, провозглашенные в дискуссиях между венскими и лондонскими психоаналитиками в 1930-х годах (Riviere, 1936; Waelder, 1936), происходили в течение последующих двадцати пяти лет.

Результатом этого процесса стала поляризация. С одной стороны, согласно Рапапорту (Rapaport, 1967), психосоциальные применения и отношения так и остались непроясненными в теории психоаналитической эгопсихологии. С другой стороны, тот же автор иронически описал теорию объектных отношений Кляйн (Klein, 1945, 1948) как мифологию Оно. Положение Оно в теории и практике является определяющим фактором. В сфере влияния Лакана эгопсихология считается поверхностной, хотя Фрейд (1923b) описал Я как имеющее глубокие корни в Оно. Поэтому Понталис (Pontalis, 1968, p. 150) поднял вопрос о том, не разрушает ли американская эгопсихология фундаментальные понятия, такие, как понятия бессознательного, и не ведет ли к психологии научения.

Теории Кляйн о раннем детском развитии и ее рекомендация предлагать глубинные интерпретации, не анализируя сопротивление, привели к значительной оппозиции с эгопсихологией, представленной работой А. Фрейд «Я и механизмы защиты» (1937). В Лондоне между двумя полюсами сформировалась промежуточная группа. Североамериканский психоанализ последовал за традицией эгопсихологии. Разногласия между сторонниками Кляйн и сторонниками эгопсихологии продолжаются до сих пор, хотя и потеряли свою полемическую остроту. Большинство психоаналитиков ближе к середине широкого спектра взглядов на теорию и технику лечения.

В сравнительном исследовании Кернберга (Kernberg, 1972) дана критика эгопсихологами теории Кляйн и ответ ее сторонников. В целом влияние Кляйн на психоанализ очень большое: некоторые значимые компоненты ее теории широко приняты. Общепризнанна важность ранних объектных отношений для нормального и патологического развития. Утверждение, что депрессивные реакции происходят во время первого года жизни, принято даже теми авторами, которые не убеждены в том, что депрессивная позиция в более строгом смысле является нормальной переходной фазой. Сторонники эгопсихологии, занимающиеся пограничными случаями и лечащие психотических пациентов, ориентируются на констелляции защит, которые характеризуют параноидно-шизоидную и депрессивную позиции.

Кляйн (Klein, 1935) подчеркивала важность роли, которую играет агрессия на ранней фазе развития. Ее выводы получили признание даже среди аналитиков, которые отвергают специфические тезисы, идущие от гипотезы о влечении к смерти. Например, даже Джакобсон (Jacobson, 1964) относит ранние стадии формирования Супер-Эго и важность этих ранних структур для последующего психического развития ко второму году жизни. Отнесение Кляйн эдипова конфликта ко второму и третьему годам жизни и ее тезис, что доэдиповы факторы и конфликты влияют на психосексуальное развитие и формирование характера, также получили очень широкое признание.

Кажется само собой разумеющимся, что специфическая односторонность разных школ сглаживается, когда они абсорбируются в общую психоаналитическую теорию. Слияние теорий неизбежно предполагает взаимное влияние и взаимопроникновение. Утверждения Кляйн по поводу ранних защитных процессов продуктивно повлияли на технику лечения. Согласно Кернбергу, здесь самым важным фактором является интерпретация процессов расщепления, которые проясняют генезис негативных терапевтических реакций как следствие бессознательной зависти. Такая интерпретация дополняет понимание этого явления Фрейдом.

Кляйн и английская школа также повлияли на приверженцев психологии объектных отношений, таких, как Балинт, Фэйрберн, Гантрип и Винникотт. Однако Сазерленд (Satherland, 1980) подчеркнул независимость этих четырех аналитиков от Кляйн и английской школы, назвав их *британскими теоретиками объектных отношений*. Необходимо отдать должное Балинту за то, что он сделал возможным для аналитиков применение психологии двух и трех персон в технике лечения, подчеркнув важность этих отношений для инфантильного развития уже в 1935 году. В противоположность Кляйн, которая рассматривала объект (материнскую фигуру) как принципиально созданный инфантильными фантазиями и их проекциями, Балинт полагал, что основой формирования объекта является взаимодействие.

Мы предпочитаем психологию двух и трех персон Балинта другим теориям взаимодействия по ряду причин. Их нам хотелось бы раскрыть, противопоставив понимание Балинта другим подходам, которые на первый взгляд кажутся похожими. Балинт (Balint, 1953) оставляет открытым вопрос о том, чтó происходит в отношениях между двумя людьми. Он полагает, что определенные перенос и контрперенос специфичны для каждой личности и что собственная теория аналитика влияет на аналитическую ситуацию. Мнение Балинта о том, что внутрипсихические конфликты взрослых отражаются на отношениях, отличает его психологию двух персон от межличностной теории Салливана (Sullivan, 1953), игнорирующей субъективный опыт пациента и

инстинктивные нужды. Одно из существенных различий между подходом Балинта и биперсональным полем Лангса (Langs, 1976) заключается в том, что для Лангса кажется данностью то, что само существование и структура этого поля определяются процессами проективной и интроективной идентификации. Балинт многие вопросы оставляет открытыми, в то время как Лангс и другие высказывают убеждение, что им уже известно не только все то, чтó происходит в аналитической ситуации, но и почему это происходит именно так, как происходит. Естественно, ни один аналитик не свободен от теоретических концепций, однако Балинт всегда подчеркивал, что его утверждения являются предварительными, и настаивал на относительности точки зрения наблюдателя. Его позиция относительности является одной из причин, по которой Балинт противостоял догме и не основал своей школы. Его психология двух персон соответствовала как и общим, так и частным достижениям науки. Эриксон расширил эгопсихологию с учетом достижений американских философов, таких, как Джеймс, Кули и Мид, и их вклада в развитие представлений о психологической идентичности и самооценке (Cheshire, Thomä, 1987).

Теперь мы переходим к другой важной теме, которая оказала влияние на перемены в психоаналитической практике. Появление психологии объектных отношений можно отчасти рассматривать как принятие во внимание того, что пациенты в силу своей возрастающей фундаментальной незащищенности ищут поддержки у аналитика. К этому не следует относиться как к только повторению инфантильных ожиданий и фрустраций. Речь идет о появлении возможности для дальнейшего проникновения интерпретативной техники психоанализа в области, которые не были должным образом исследованы из-за недостаточного внимания к происходящему «здесь-и-теперь». В процессе наших попыток интеграции мы многое узнали о том, как возникла поляризация, и теперь нам бы хотелось привести несколько поразительных примеров, чтобы показать, как психоаналитическая техника оказалась наконец в своем настоящем положении.

Две важнейшие международные конференции по теории лечения — в Мариенбаде в 1936 году и в Эдинбурге в 1961 году — охватили период, за который изменилось нечто большее, чем просто техника лечения. Фридман (Friedman, 1978) привел очень показательные сравнения между двумя конференциями. В Мариенбаде все еще сохранялся высокий уровень открытости, но к 1961 году климат в Эдинбурге напоминал состояние осады.

Атмосфера осады, которая нависла над конференцией, радикально отличала ее от атмосферы работы Фрейда и от Мариенбадской конференции... Участники встречи в Мариенбаде не подавали никаких признаков стремления *избежать* запретного пути; они себя чувствовали даже удоб-

нее, когда говорили о неизвестных взаимовлияниях между пациентом и терапевтом. Что же произошло? Почему участники конференции в Эдинбурге стали действовать так настороженно? Почему интерпретация стала военным кличем? (Friedman, 1978, р. 536)

Как и Фридман, мы считаем, что интерпретация стала военным кличем потому, что расширяющийся диапазон психоанализа ставит вас перед необходимостью определить его идентичность. Психоанализ распространился за пределы основного течения. Бихевиоральная терапия и терапия Роджерса, ориентированная на клиента, возникли как конкурирующие методы. Начался психотерапевтический бум.

Удвоенное беспокойство привело к установлению внутренних и внешних границ. Кульминацией же стала представленная Эйсслером (Eissler, 1953) *базовая образцовая техника* (basic model technique) в качестве истинного психоаналитического метода. Интересно, что в поздравительной статье Айхорну Эйсслер (Eissler, 1949) все еще рассматривал терапию правонарушителей как подлинный психоанализ. Даже критикуя Чикагскую школу Александера (Alexander, 1950), он провозгласил, что психоаналитическая терапия включает в себя любую технику, которая стремится к структурному изменению, достигаемому посредством психотерапевтических средств, независимо от того, требуются ли при этом ежедневные или, наоборот, нерегулярные занятия, и независимо от использования кушетки.

Ясно, что целью является не просто изменение любого рода, могущее быть результатом внушения или какого-нибудь другого фактора. Нет, требование Эйсслера предполагало, что демонстрация терапевтической эффективности метода докажет, что психоаналитическая теория точна, поскольку теория ориентируется на развитие интрапсихических структур. Из хода причинной психоаналитической терапии и благодаря демонстрации изменений можно сделать выводы о происхождении психических и психосоматических болезней. Таким образом, несмотря на яростную критику манипулятивного использования Александером корректирующего эмоционального опыта, Эйсслер с самого начала высказывался в пользу открытости в духе Мариенбада. Лишь в 1953 году он представил базовую образцовую технику, единственным инструментом которой была интерпретация (Eissler, 1953, р. 110). Следовательно, классическая психоаналитическая техника — это «такая техника, где интерпретация остается исключительным, ведущим или преобладающим инструментом» (Eissler, 1958, р. 223). Этой техники в чистом виде вообще не существует.

Затем были проведены границы, которые, казалось бы, помогли аналитикам ясно отличить мир классической техники от остального психоаналитического и психотерапевтического мира.

Игнорировались все переменные в психоаналитической практике: симптомы пациента и личностная структура, поправка на личностные особенности аналитика и т.д. Между прочим, даже Эйсслер считал, что эти переменные могли бы быть основанием для вариаций в технике (1958, p. 222). Базовая образцовая техника не просто исключила все переменные, кроме интерпретации: она создала легенду, как признался сам Эйсслер в беседе с Лёвенштайном. «Еще ни один пациент не был проанализирован при помощи техники, в которой используется только одна интерпретация (Loewenstein, 1958, p. 223). Фон Бларер и Брогле (von Blarer, Brogle, 1983) даже сравнили тезис Эйсслера с законами, которые Моисей принес со святой горы. С научной точки зрения не могло бы быть никаких возражений против такого пуристского, чистого метода, как этого требует базовая образцовая техника Эйсслера. Однако по большому счету дело не пошло дальше создания кодекса, не было тщательно исследовано, как эти заповеди работают на практике, до какой степени им подчиняются и в чем их нарушают. Единственная функция, которую великолепно выполнила базовая образцовая техника, заключалась в отличении классической техники от других, но даже это не сопровождалось эмпирическим изучением.

Преобладающее настроение сегодня: снова в путь. Сандлер, с его безошибочным чувством направления, которое приобретает путешествие, сказал, что «психоанализ — это то, что практикуется психоаналитиками» (Sandler, 1982, p. 44). Это прагматическое определение, хотя и поразительно простое, имеет хождение среди широкой публики и валидно для каждого анализируемого. Сейчас мы говорим о практике как таковой, а также о том, как она выглядит извне, и уже не касаемся формальных критериев или идеальных требований к тому, как следует практиковать. Сандлер поддержал свой тезис, сказав, что хороший аналитик так или иначе модифицирует технику от случая к случаю, потому что каждому пациенту нужно свое. Если пациент может приходить только один или два раза в неделю, аналитик соответственно модифицирует свою технику лечения. Тогда решающим фактором становится психоаналитическая установка, и можно закончить бесконечные рассуждения о формальных признаках, таких, как частота занятий, длительность терапии и использование кушетки.

Мы неизбежно приходим к вопросу о том, что такое психоаналитик и как создается психоаналитическая установка. Проблема сдвигается к вопросу о подготовке аналитика. Сандлер считает, что преподавание классической техники создает самые лучшие условия для развития аналитической установки, однако аналитик не усвоит психоанализ и не обретет своего личного стиля, пока не будет иметь многолетнего опыта собственной

практики. Конечно, не существует ничего заменяющего личный опыт, но если качеством хорошего аналитика является гибкость, то должна быть соответственно организована и подготовка к практике. Едва ли можно утверждать, что базовая образцовая техника, которая, например, запрещает аналитику задавать вопросы и отвечать на них, предполагает психоаналитическую установку, совместимую с определением, данным Сандлером хорошему практику. Безусловно, акцент Сандлера на качественных аспектах вовсе не означает абсолютного пренебрежения количественными аспектами. Время, регулярность, длительность и частота занятий — это важные факторы, от которых очень многое зависит. Тем не менее они не определяют происходящее *качественно* и поэтому не могут быть использованы как мера различия между психотерапией и психоанализом.

Уайетт (Wyatt, 1984) не рассматривает психоаналитическую стандартную технику и аналитическую психотерапию как альтернативу. Если принять его точку зрения, то приобретает важное значение вопрос, который Уайетт поднимает в конце своего длительного исследования: если зачастую невозможно определить до самого конца лечения, «имеет ли человек дело с *подлинным* психоанализом или *настоящей* психотерапией» (р. 96), тогда хотелось бы знать, какова разница между «подлинным» и «настоящим». Мы полагаем, что дальнейшее прояснение этого вопроса будет осложнено смешением профессиональной политики и научных интересов. Психоанализ в учебных заведениях склонен к ортодоксии, которая пышно разрастается на демаркационных линиях — за столами конференций. Тогда эмпирические исследования с целью улучшения нашего знания о том, что составляет подлинный психоанализ, начинают казаться излишними.

На практике аналитик движется вдоль континуума, в котором нельзя провести никаких четких демаркационных линий. Никогда нельзя было лечить пациентов при помощи базовой образцовой техники; это фикция, созданная для несуществующего пациента. Специфические средства, в том числе интерпретации переноса и сопротивления, запечатлены в ряде поддерживающих и экспрессивных (то есть вскрывающих конфликты) техник, хотя в разных случаях, как показано в исследовании Меннингера, на первый план выступают различные методы. Кернберг (Kernberg, 1984, р. 151) недавно предложил различать психоанализ, (экспрессивную) психотерапию, вскрывающую конфликты, и поддерживающую психотерапию в той степени, в какой выражены следующие параметры: 1) принципиальные технические приемы, такие, как кларификация, интерпретация, внушение и вмешательство в социальное окружение; 2) интенсивность интерпретирования переноса; 3) степень поддерживаемой технической нейтральности.

После того как аналитик освободится от резких разграничений, все же будет существовать широкая область, в которой необходимо делать *различения*. Соблазнительно сравнить случаи анализа или специфические техники отдельных школ друг с другом и с другими видами психоаналитической психотерапии. Мы считаем такие сравнительные исследования обязательными. Если стойкие изменения рассматривать как подтверждение терапевтического действия, все методы и техники теряют свое «самодовольство»; скорее их научная ценность становится относительной на фоне той практической пользы, которую пациент получает от терапии. Поэтому мы призываем к квалифицированному разграничению школ, которые могут принести только пользу пациенту. За исключением кандидатов, проходящих обучающий анализ, анализируемым безразлично, подвергаются они анализу или психотерапии. Пациентам просто нужна как можно лучше оказанная помощь. Различия существуют прежде всего в голове аналитика. Мы предполагаем, что частые «хорошие сеансы», как их определяет Крис (Kris, 1956a), или частые изменяющие интерпретации (см. разд. 8.4) дают аналитику ощущение, что он достиг подлинного психоанализа. Другие его особенности связаны с точностью фокусировки и поставленными целями (см. гл. 9). Субъективный опыт аналитика должен проверяться посредством сопоставления процесса и результатов анализа с долговременными последствиями. Мы согласны с Кернбергом (Kernberg, 1982, p. 8) в том, что «строгое *отделение* психоанализа как теории и техники от теоретического и технического исследования психотерапевтической практики может по многим причинам нанести ущерб самой психоаналитической работе».

Мы рассматриваем такой ущерб на двух уровнях. Строгое отделение, которого в наиболее явной форме требует базовая образцовая техника, укрепило ортодоксальную неоклассическую установку, которая все больше ограничивала спектр показаний к анализу, а вместе с тем и базу для получения новых знаний. Поскольку эффективность терапии ни при каких условиях не зависит только от вооруженности аналитика интерпретациями, ограничения сказались и на эффективности. На другом уровне, а именно на уровне аналитической психотерапии, было много экспериментирования, вариаций и модификаций, но отношение терапевтических переменных к психоанализу никогда не было предметом изучения. По крайней мере именно так мы понимаем критику Кернберга, хотя следует указать на то, что именно в области разновидностей психодинамической терапии проводились многочисленные исследования (Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984).

Нельзя решить текущие проблемы техники лечения, имитируя естественное великодушное психоаналитическое отношение Фрейда к своим пациентам, даже несмотря на то, что такое отношение является желанным противоядием от стереотипов. Решения Фрейдом проблем теории и практики могут служить образцом для настоящего времени только в той степени, в какой существует сходство между тогдашней и теперешней ситуацией. Далеко идущие изменения в нашем мире, начиная с 1930-х годов, включая глобальную небезопасность ядерного века, воздействуют на индивида через разрушение социальных и семейных структур. Возможно, пройдет много времени, прежде чем исторические изменения повлияют на семейную жизнь. Могут смениться поколения, прежде чем исторические и психосоциальные процессы смогут воздействовать на семейную жизнь до такой степени, что у индивидов разовьются психические или соматические болезни. Традиционные неосознаваемые отношения в каждой отдельной семье могут оставаться неизменными в течение очень долгого времени, следуя канонам семейного романа и во многом независимо от исторических и социокультурных изменений. Вот почему в некоторых областях Германии все еще встречаются «неврозы одержимости» и попытки излечения посредством изгнания бесов, как во времена средневековья.

Сексуальная революция уменьшила вытеснение сексуальности в целом, а противозачаточные таблетки способствовали женской эмансипации и позволили женщинам претендовать на большее сексуальное самоопределение. Как и предсказано психоаналитической теорией, стало меньше случаев заболеваний истерией. Похоже, что конфликты сегодня скорее проявляются на эдиповом уровне, а не развиваются в структуры Сверх-Я (то есть в типичный эдипов комплекс конца века).

Поскольку психоаналитический метод принципиально имеет дело с типичным семейным происхождением психической болезни, уделяя особое внимание детству, — психосоциальное влияние на подростков, дающее им «второй шанс» (Blos, 1985, p. 138), недооценивали до тех пор, пока Эриксон не сконцентрировал на них внимание (например: Erikson, 1959). В течение многих лет факторы, благодаря которым поддерживаются симптомы, также не получили достаточного рассмотрения при определении техники лечения. Сначала это двойное отрицание имело не много побочных эффектов, так как ранний анализ Оно и позднейший, ориентированный на эгопсихологию анализ сопротивления могли предположить существование стабильных, даже ригидных структур, которые приобретаются на ранних стадиях.

Аналитик помогал пациенту достичь большей внутренней свободы: заповеди строгого Сверх-Я, которые являются результатом идентификации с деспотичными главами семейств, заменялись более человечными ценностями. Стрэчи (Strachey, 1934) дал примерный отчет об этом терапевтическом процессе.

Почти в то же самое время началось обсуждение темы, недавно ставшей центром внимания, а именно темы безопасности, надежности, рассматриваемой как противовес разрушению исторических и психосоциальных структур. Не случайно в век нарциссизма и идеологии (Lasch, 1979; Bracher, 1982) тема безопасности наконец заняла столь важное место в обсуждении психоаналитической техники лечения, хотя можно без труда проследить ее возникновение в 1930-х годах у Фрейда и Адлера. Нововведение Кохута, вероятно, обязано своим влиянием тому факту, что пациенты и аналитики в равной степени не удовлетворены анатомирующей природой психологии конфликта и нуждаются в цельности, поддержке, нарциссической безопасности.

Поскольку эпидемологическое изучение встречаемости неврозов стало проводиться только в последнее внемя (Schepank, 1982; Häfner, 1985), нельзя произвести никаких точных сравнений с прошлым. Нам приходится полагаться на личные впечатления, которые вдвойне ненадежны из-за сильного влияния моды на диагностические классификации. И все же не может быть никаких сомнений, что сегодняшний психоаналитик сталкивается с проблемами, которые не были в поле внимания в практике Фрейда (Thomä, Kächele, 1976).

Большинство людей в странах западной демократии живут в социальной системе, которая защищает их от ударов судьбы, в том числе и от финансового риска, связанного с болезнью. Современная клиентура западногерманских психоаналитиков почти не включает пациентов, которые платят за себя полностью. Теперь пациенты из всех слоев общества, богатые или бедные, могут проходить психоаналитическое лечение, которое оплачивает страховая система, в свою очередь финансируемая регулярными вкладами страхуемого населения. Таким образом, сбылось предсказание Фрейда (1919а). Терапевтическая эффективность психоанализа сегодня важна более, чем когда-либо. Эйсслер тоже утвердился в своем убеждении, что «социализированная медицина будет играть огромную роль в будущем развитии [психоанализа]. Мы не можем ожидать, что общество будет платить большие деньги, необходимые для анализа отдельных индивидов, тогда как можно достичь симптоматического улучшения у большого количества пациентов» (Eissler, цит. по: Miller, 1975, p. 151).

Мы придерживаемся того мнения, что существует более, чем это обычно считается, тесная связь между научным обоснованием психоанализа и его терапевтической эффективностью. Социальное давление и возрастающая конкуренция интенсифицировали стремление аналитиков дать научное обоснование эффективности того, что они делают.

## 1.8 Конвергенции

Критика психоанализа изнутри и извне привнесла значительные перемены, в том числе наметились явные тенденции к сближению и интеграции различных течений (M. Shane, E. Shane, 1980). Мы считаем, что вполне оправданно вести речь о *конвергенции* между различными школами внутри психоанализа, а также между психоанализом и смежными дисциплинами. Те линии развития, которые мы рассматриваем ниже, ясно показывают общие черты, позволяющие нам воздвигнуть наш двухтомный труд на твердом фундаменте, несмотря на существующую сейчас анархо-революционную ситуацию в психоанализе. Можно отметить следующие моменты.

*Теории объектных отношений* признают, что аналитик становится эффективным в качестве «нового объекта» (Loewald, 1960), и, следовательно, идут по пути признания субъекта и интерсубъективности в аналитической ситуации. Характерной чертой этой тенденции является то, что сегодня психоаналитики обсуждают расширение понятия переноса (см. разд. 2.5.). Психоаналитический метод всегда основывался на диадических отношениях. Именно тогда, когда аналитик вступает во взаимодействие, ему доступны бессознательные элементы объектных отношений. Все указывает на появившуюся теперь возможность решить большие терапевтические и теоретические проблемы интерсубъективности, проблемы переноса и контрпереноса.

Одним из значимых вопросов техники лечения является идентификация пациента с функциями аналитика (Hoffer, 1950). Эти функции не воспринимаются как абстрактные процессы; скорее пациент их переживает в своей личной ситуации в лечении. Следовательно, идентификация пациента с функциями аналитика в смысле, описанном Лёвальдом, связана с конкретным взаимодействием с аналитиком, от которого эти функции можно изолировать только искусственно. Личность, с которой происходит идентификация, вовсе не интроецируется как объект и не содержится в интрапсихической изоляции. Лёвальд (1980, р. 48) подчеркивал, что интроецируется *взаимодействие*, а не объект.

Важным моментом в психоаналитических описаниях бессознательных элементов объектных отношений фактически являются различные аспекты действий и их отражения в (бессознательном) мире фантазии. То, что сохраняется как «внутренний объект», — это не изолированное понятие, но образ в памяти, помещенный в контекст действия. Логичным был приход Шафера (Schafer, 1976) к языку действия, после того как Крис (Kris, 1975) описал исследование действия как научный подход, пригодный для психоанализа. Объекты накапливаются с рождения и дальше в рамках качественно разнообразного контекста действий. Повторяющиеся акты общения создают бессознательные схемы, которые могут сохранять высокую степень стабильности. Такие прочные структуры идут рука об руку с готовностью к переносу, который и развивается с большей или меньшей быстротой и легкостью.

Эти контексты взаимодействия с самого начала учитывались в психоаналитических теориях объектных отношений. Внимание, уделяемое этому в последнее время, во многом объясняется открытиями в области поведения матери и ребенка. Теории объектных отношений обогащены исследованиями привязанности, которые проводил Боулби (Bowlby, 1969). Эмде подчеркивал значение *социального* взаимодействия, следующим образом подводя итог результатам исследований:

> Младенец с самого начала организован для социального взаимодействия и принимает участие во взаимном общении с теми, кто осуществляет за ним уход. Мы не можем рассматривать индивидов в социальном окружении как «статичные мишени влечений», и под этим углом зрения такие термины, как «объектные отношения», с их коннотациями выглядят неудачными (Emde, 1981, p. 218).

Даже младенец строит свой опыт активно. В этих процессах взаимодействия большую роль играют аффекты.

Теория либидо не охватывает этого процесса аффективного взаимодействия. Шпиц (Spitz, 1976) продемонстрировал, что Фрейд принципиально рассматривал либидозные объекты с позиции ребенка (и его бессознательных желаний), а не на фоне отношений взаимодействия между матерью и ребенком. Эта традиция настолько прочно закрепилась, что Кохут вывел Я-объекты из гипотетического нарциссического способа, которым младенец видит и ощущает окружающее.

В этом отношении поучительны новаторские эксперименты Харлоу (Harlow, 1958, 1962). Он воспитывал резус-макак с матерями-суррогатами, сделанными из проволоки и махровой ткани, то есть с неживыми объектами. Эти обезьянки были неспособны играть и развивать социальные отношения. Они страдали неконтролируемой тревогой и приступами гнева, враждебности и деструктивности. У взрослых животных не наблюдалось ника-

кого сексуального поведения. Шпиц объяснил эти тяжелые дефекты развития отсутствием *взаимности* между суррогатом матери и детенышем обезьяны. Он полагает, что взаимность является основой диалога матери и ребенка. Хотя до сих пор он придерживается концепции объектных отношений (Spitz, 1965, p. 173, 182), ясно, что его описания основаны на интерсубъективной системе взаимодействия.

В конечном счете эти новейшие теории инфантильного развития, а также интеграция междисциплинарных теорий общения и действия, возможно, будут иметь значительные последствия для психоанализа (Lichtenberg, 1983). Во всех сферах психоанализ вносит вклад в знания о бессознательных параметрах поведения человека.

Точно так же, как теории объектных отношений необходимы для психологии двух и трех персон, *эгопсихология* была бы тоже ограничена своей самой непосредственной сферой значимости без «диалогической жизни», без «ты» (Buber, 1974). Конечно, верно то, что техника лечения в эгопсихологии изначально систематизировалась в соответствии с моделью интрапсихического конфликта по пути, обозначенному А. Фрейд в «Я и механизмах защиты» (1936). Она описывает «размышления о психоаналитической терапии», которые определяют диапазон психоаналитической терапии в терминах *психического конфликта* (p. 68). В то же самое время новаторское исследование Хартманна (Hartmann, 1958 [1939]), озаглавленное «Эгопсихология и проблема адаптации», привело к большему взаимному обмену с социальными науками, причем социальная психология сыграла в этом посредническую роль. Необходимо сказать, однако, что критическое исследование Карвета (Carveth, 1984a) выявило недостаточность подлинного междисциплинарного сотрудничества.

Критика метапсихологии и теории либидо расчистила путь для установления связей между интрапсихической и межличностной теориями конфликта. Однако невозможно свести межличностный подход к понятию «участвующий наблюдатель» (Sullivan, 1953). Этот термин, хотя и удачный, не проясняет в достаточной степени, что участие аналитика означает его вмешательство с самого начала общения (см. разд. 2.3). И его молчание, и интерпретации, которые он предлагает, влияют на его поле наблюдения. Он не может уклониться от того факта, что изменение является следствием его участия, даже если он обманывает себя, полагая, что не имеет в виду никаких особых целей.

Члены дискуссионной группы Американской психоаналитической ассоциации, которые несколько раз встречались между 1977 и 1980 годами под председательством Лихтенберга, пришли к соглашению, что, «чем в меньшей степени мы рассматри-

ваем собственные ценности как объект исследования, тем больше они имеют тенденцию невольно и бессознательно влиять на нашу технику и теорию» (Lytton, 1983, p. 575). Из практических и научных соображений, как указывал Девере (Devereux, 1967), сегодня более, чем когда-либо, аналитик должен признать, что он не просто наблюдатель, но также и наблюдаемый, то есть что другие психоаналитики и ученые из смежных дисциплин изучают то, что́ аналитик чувствует, о чем думает и что́ делает и как его мысли и действия влияют на пациента. Такое исследование психоаналитической ситуации третьей стороной стало возможным благодаря магнитофонным записям сеансов анализа. Вклад психоаналитика в терапевтический процесс является существенным. Кроме того, в таких странах, как Германия, где лечение оплачивается благодаря системе страхования здравоохранения, общество (представленное научным сообществом), а также его страхователи имеют право изучать то, как аналитики обосновывают свои психоаналитические действия, с той очевидной оговоркой, что надо уважать личную жизнь.

Диадический подход к аналитической ситуации, который получил признание повсюду, является чем угодно, но не свободой субъективности. Напротив, именно потому, что компетенция аналитика имеет исключительно личностный характер, он должен взять на себя ответственность за то, каким образом теория, которую он предпочитает, будет влиять на его контрперенос, так же как он отвечает за успех терапии или за его отсутствие. Следовательно, все большее число психоаналитиков призывают к тому, чтобы практика стала предметом изучения (Sandler, 1983). Само за себя говорит то, что конгресс Международной психоаналитической ассоциации в Мадриде в 1983 году был посвящен теме «Психоаналитик за работой».

Диадический подход соответствует выводам исследований новорожденных и наблюдениям над *взаимодействием мать — ребенок*. Тревартен (Trevarthen, 1977) говорит о «первичной интерсубъективности». Эмде и Робинсон (Emde, Robinson, 1979), ученики Шпица, критически просмотрели свыше 300 исследований и сделали вывод, что разоблачены старые предрассудки, а именно широко распространенное неверное представление о том, что младенец пассивен и недифференцирован и что его поведение регулируется инстинктивными напряжениями и их разрядкой. Миф о младенце как о пассивном организме, реагирующем на стимуляцию и настроенном прежде всего на ослабление стимуляции, оказался несостоятельным.

Те тенденции, которые уловили Эмде и Робинсон в результатах исследований, продолжают действовать. Согласно Сандеру (Sander, 1980) и Петерфройнду (Peterfreund, 1980), сфера приложения новейших открытий настолько велика, что придется

отправить в отставку три мифа: «взросломорфный» («младенец — такой же, как и я»), «теоретикоморфный» («младенец таков, каким его выстраивает моя теория») и «патоморфный» («младенец чувствует и думает, как мой психотический пациент»). Поскольку Фрейд однажды назвал теорию влечений «нашей мифологией» (1933a, p. 95) и поскольку в мифах содержатся мудрые истины о человеке, процесс демифологизации серьезно волнует аналитиков. Психоаналитическая теория влечений не в последнюю очередь сохранила элементы мифологии благодаря коннотациям некоторых метафор, например принципа постоянства, которые связывают человеческое стремление к вечности и мистику любви и смерти с физикалистскими положениями, маскируясь, таким образом, под универсальное психобиологическое объяснение.

Мы вовсе не утверждаем, что интерсубъективность в терапевтической ситуации выведена из взаимодействия матери и ребенка. Нас прежде всего заботит конвергенция принципов, которая свидетельствует о том, что диадический взгляд на аналитическую ситуацию соответствует человеческой природе, так как ее можно наблюдать начиная с первого момента жизни и далее. Мы согласны с Вольффом (Wolff, 1971), исключительно внимательным аналитиком и исследователем, когда он напоминает своим коллегам, что наиболее важные практические и научные проблемы нельзя решить ни посредством наблюдения за младенцами, ни с помощью этологии, нейрофизиологии или молекулярной биологии. С другой стороны, аналитики не могут не обращать внимания на основополагающие теории развития, когда они исследуют правила интерпретации, которым они следуют, приписывая высказываниям пациентов бессознательный смысл.

Огромную роль играет то, принимает ли во внимание лечащий аналитик работы Пиаже о развитии константности объекта, и то, какие представления о ранних отношениях матери и ребенка лежат в основе его интерпретаций. Вполне вероятна несовместимость различных теорий в силу сложности рассматриваемого вопроса и различий в методах. Поэтому важно получить сходные результаты различными способами или показать неправдоподобность некоторых положений, таких, например, как аутизм младенца. С другой стороны, в изобилии представлены исследования, отталкивающиеся от фактической раздельности матери и ребенка, которая подчеркивает взаимность в их отношениях (Stern et al., 1977). На основе эмпирических наблюдений сделан вывод (H. and M. Papoušek, 1983; Papoušek et al., 1984), что младенец *автономен и обладает интегративной компетентностью.* Вслед за Винникоттом, делавшим упор на

взаимодействии, Шахт (Schacht, 1973) нашел удачную формулировку для терапии взрослых: «Субъект нуждается в субъекте».

Разделенность и изначальная интерсубъективность являются самыми большими и наиболее важными общими знаменателями в исследованиях новорожденных и результатах наблюдений над терапевтической диадой. Мы согласны с Милтоном Клейном (Milton Klein, 1981) в том, что рождение — это момент индивидуации, предполагающей, что каждый отдельный новорожденный начинает активно, творчески, с жаждой на стимулы *создавать* свой мир. Брейзелтон и Альс (Brazelton, Als, 1979) утверждают, что сразу после рождения различимы показатели аффективных и когнитивных реакций.

Однако дело не в точной хронологии. Очевидно, что представление о том, что ребенок активно *создает* свой мир, не дает нам знания, как он его *переживает*. Теория Пиаже (Piaget, 1954) также предполагает, что интерсубъективность матери и ребенка определяется эгоцентричностью ребенка и, следовательно, поддерживает психоаналитическое положение, что плачущий ребенок воспринимает поведение своей матери, будь оно принимающим или отвергающим, как если бы он сам являлся причиной такого поведения. Другой вопрос — обладает ли эта эгоцентричность качеством нарциссического всемогущества, которое обнаруживается у взрослых.

Тезис Эмде (Emde, 1981) о том, что врожденные биологические схемы регулируют взаимодействие между матерью и ребенком, имеет огромное значение. С другой стороны, особые черты этих схем создают индивидуальность: каждый младенец и каждая мать уникальны как в отдельности, так и вместе в диаде. Оба реализуют специфические для вида (общечеловеческие) механизмы, то есть базовые биологические паттерны, своим безошибочным личным способом. Концепция Малер «кинестетической эмпатии» («koenaesthetischen empathie») (Mahler, 1971, p. 404), которой она пользуется для описания общих чувств и взаимных глубинных ощущений и восприятий, возникла в результате наблюдений за матерями и младенцами. Соответственно, в терапии важно найти равновесие между подобием и раздельностью, между образованием «мы-связи» и Я.

За последнее десятилетие исследования аффективного взаимообмена между матерью и ребенком подтвердили мнение Винникотта. «Младенец и материнский уход вместе образуют одно целое... Однажды я сказал: "Нет такого существа, как младенец"» (Winnicott, 1965, p. 39). Винникотт добавил, что он, естественно, имел в виду, что материнская забота является существенным компонентом, без которого не может существовать ни один ребенок, и тем самым дистанцировался от положения Фрейда о первичном нарциссизме и о переходе принципа удо-

вольствия в принцип реальности. Он также обратил внимание на то, что сам Фрейд выдвигал возражения своему собственному тезису.

Справедливым будет возражение, что это образование, которое было бы рабом принципа удовольствия и отрицало бы реальность внешнего мира, не могло поддерживать свою жизнь даже самое короткое время, потому что оно не могло бы вообще появиться. Подобная *фикция*, однако, будет оправданна, если вспомнить, что ребенок (включая сюда и *материнскую заботу о нем*) почти представляет собой психическую систему такого рода (1911b, p. 220).

Если включить материнскую заботу, то фикция исчезает и можно обратиться к концепции Винникотта о единстве мать — ребенок. Конечно, нет сомнений, что мать и ребенок отличны друг от друга, даже несмотря на то, что младенец еще не в состоянии обозначить себя как независимую личность. Эгоавтономия Хартманна (Hartmann, 1939) имеет биологические корни, и внутри единства мать — ребенок это означает, что восприятие себя возникает избирательно посредством органов чувств во взаимообмене со специфическим восприятием других. Поэтому личность матери воспринимается различно каждым младенцем по двум причинам: во-первых, ни одна мать не ведет себя совершенно одинаково с каждым из своих детей и, во-вторых, у каждого ребенка есть индивидуальная готовность к ответной реакции, которая развивается внутри этого единства. Иначе Винникотт (Winnicott, 1965) не мог бы говорить об истинном и ложном Я в дополнение к акценту на единстве мать — ребенок. *Истинное* Я имеет отношение к базовому чувству способности осознать собственный потенциал и освободить себя от ограничений, которые возникли под влиянием извне и находят свое выражение в *ложном* Я.

Эмпирические результаты наблюдений в исследованиях взаимодействия мать — ребенок можно использовать, чтобы проследить водораздел, который образовался в последние десятилетия в теории техники лечения, а именно поляризацию между консервативными структурными теоретиками и теоретиками объектных отношений. Даже приверженцы психологии двух персон Балинта (Balint, 1952) не могут не учитывать того факта, что каждый пациент является уникальным. Задача терапевтической диады, этого единства, состоящего из двух взаимозависимых, но и независимых личностей, заключается в том, чтобы позволить пациенту установить как можно большую степень автономии.

Следовательно, надо внести поправки в нашу позицию относительно психологии двух персон. Психология индивида была выстроена в соответствии с моделью естественных наук и не соответствует ни теории, ни практике психоанализа. Мы согласны с Балинтом, который критикует теории психоаналитической

техники и психоаналитическую теорию развития за то, что они выделяют только интрапсихические процессы. Тем не менее аналитик обязан создать оптимальные условия для пациента, чтобы тот изменялся сам, а не на основе давления извне. Необходимо подчеркнуть один аспект психологии индивида, который обязателен для психоаналитиков, несмотря на эту критику. В идеале то, что ставится на первое место, ориентировано на индивида, хотя даже самопознание, включая признание бессознательных частей личности, связано с психологией двух персон.

Новая модель психоаналитического младенца вместе с направлениями, которые открывают результаты исследований новорожденных, имеет важное значение для техники лечения (Lebovici, Soule, 1970). Интерпретации каждого аналитика, особенно его реконструкции раннего детства пациента, основаны на его теории развития. Именно по этой причине мы и говорим о теоретической концепции — модели — *психоаналитического малыша*, или *психоаналитического младенца*, которая существует в многочисленных описаниях, в разной степени точных. Создание такой модели только началось.

Эти описания сконструировали разные отцы и матери, в том числе Фрейд, Абрахам, Кляйн, Ференци, А. и М. Балинты, Винникотт, Малер и Кохут. Всем известно, что различные психоаналитические малыши очень сильно отличаются друг от друга. Создатели моделей должны примириться с тем, что их создания сравниваются.

Трагический человек Кохута лежит, как младенец, в колыбели, окруженный средой (так называемыми Я-объектами), которая только частично отражает его врожденный нарциссизм. То, что теория нарциссизма Фрейда была его крестной матерью, делает трагедию почти неизбежной, но тем не менее она представлена в относительно мягком свете: зло не является первичной силой, и эдипова чувства вины можно избежать, согласно Кохуту, если раннюю трагедию удается ограничить и нарциссическое Я обнаруживает себя в зеркале любви (Kohut, 1984, p. 13). В теории Кохута вина по Фрейду, эдипов комплекс индивида и его интрапсихические конфликты являются продуктом нарциссических нарушений в раннем детстве. Без этих нарушений эдиповы конфликты трех- и пятилетних детей в принципе были бы приятными переходными фазами, не оставляющими сколько-нибудь значительного чувства вины тогда, когда уже развилось здоровое Я. Теория Кохута дает индивиду перспективу будущего, свободного от эдиповых конфликтов. Из поздних работ Кохута можно заключить, что в случае, если обеспечивается хорошая эмпатия Я-объектов, то и человеческая трагедия также остается в разумных границах.

Психоаналитический младенец Кляйн (Klein, 1948, 1957) совершенно другой. На этот раз крестными отцами были фрейдовский инстинкт смерти, недоброжелательство, ранние проявления которых не имеют противодействия и которые можно вынести, только разделив мир на хорошую и плохую грудь. В этом случае очевидна вся глубина трагедии дальнейшей жизни младенца в противоположность ее мягкой форме у Кохута, которая может найти выражение в самоироничном юморе. Взрослый, как считает Кляйн, подобно Сизифу, приговорен к вечной неудаче в своих попытках искупить воображаемые неверные поступки, вызванные ненавистью и завистью. В течение жизни процессы проективной и интроективной идентификации и их содержание остаются основными двигателями межличностных процессов внутри семьи, между группами людей и целыми народами.

Ограничиваясь описанием основных черт лишь двух значительных моделей психоаналитического младенца, мы выдвинули на первый план различия и противоречия. Мы сделали это намеренно, так как не склонны защищать прагматический эклектизм и рекомендовать экстракцию отдельных компонентов психоаналитических теорий раннего детства и сплавление их с элементами общей психологии развития или частями теории Пиаже. Скорее мы считаем, что продуктивный эклектизм в психоанализе и неонатологических исследованиях взаимодействия возможен лишь тогда, когда мы рассмотрим и те аспекты, которые различными конструкциями игнорируются. Беспокойство вызывало то, что сходные эмпатические интроспективные методы — Кохут подчеркнул свою близость к Кляйн в этом отношении — приводят к совершенно различным реконструкциям раннего детства.

Возможно, конечно, что противоречивые реконструкции возникают при лечении различных заболеваний. Однако в имеющейся литературе не подтверждается эта гипотеза, которую, впрочем, отцы и матери типичных психоаналитических младенцев редко рассматривают. Рано или поздно теоретикоморфное создание делается униформной моделью для объяснения самых глубинных уровней всех психических нарушений: дефекты Я, основанные на неудачных «зеркальных процессах», шизоидно-параноидная и депрессивная позиции, основанные на врожденной деструктивности, начинают казаться источником всех зол.

Мифология влечения является тем фактором, который придает младенцам разных психоаналитических семейств их специфические нарциссические (Кохут) или деструктивные (Кляйн) черты. Вот почему мы упомянули о теории нарциссизма и гипотезе влечения к смерти. Однако психоаналитические младенцы все же не потеряют своей жизнеспособности и своих vis a

tergo[1], если убрать этот фундамент мифологизации влечений. Вслед за Фрейдом (1923а, р. 255) нам хотелось бы обратиться к строкам Шиллера из стихотворения «Мудрость мира» (Die Weltweisen): «Пока научное познание / Скрепляет части мироздания, / Любовь и голод в свой черед / Весь механизм пускают в ход».

[1]Движущие силы (*лат.*).

# 2 Перенос и отношения

## 2.1 Перенос как повторение

Те или иные виды переноса возникают во всех человеческих отношениях, и этот факт придает открытию Фрейда широкое значение. Однако вначале он определил перенос исходя из наблюдений, сделанных в ходе терапии:

> Это переиздания или факсимиле импульсов и фантазий, которые пробудились и стали сознательными в процессе анализа; у них есть одна черта, которая характерна для особей такого рода, а именно то, что они замещают какую-либо более раннюю личность личностью врача. Другими словами, оживают психологические переживания, но не как принадлежащие прошлому, а как относящиеся к личности врача в настоящий момент. Иногда такой перенос ни в каком отношении не отличается от своей модели, за исключением того, что это замена. Тогда он — если придерживаться той же самой метафоры — представляет собой не более чем новые отпечатки или репринты. Другие выстроены более изобретательно: ...умело используя какую-нибудь особенность личности врача или обстоятельств и привязываясь к ним. Тогда это уже не новые отпечатки, а переработанные издания (Freud, 1905e, p. 116).

Позднее он делает обобщение:

> Перенос возникает *спонтанно* во всех человеческих отношениях, точно так же как между пациентом и врачом; везде он является подлинным проводником терапевтического влияния, и чем меньше предполагается его присутствие, тем сильнее он действует. Следовательно, психоанализ не создает его, но лишь открывает его сознанию и достигает контроля над ним, чтобы направить психические процессы к желаемой цели (Freud, 1910a, p. 51; курсив наш).

Таким образом, перенос — это обобщающее понятие в двух смыслах этого слова. Во-первых, поскольку прошлый опыт личности оказывает фундаментальное и постоянное влияние на ее настоящую жизнь, для человеческого рода перенос универсален. Во-вторых, это понятие охватывает многочисленные типичные явления, которые по-разному и уникальным образом выражаются в каждом из нас. В психоанализе наблюдаются особые формы переноса, и ниже мы их рассмотрим. В этой главе мы хотим продемонстрировать зависимость явлений переноса,

включая сопротивление, от аналитической ситуации и ее формирования аналитиком, начиная с внешнего вида его кабинета и продолжая его поведением, его полом, его контрпереносом, его личными особенностями, его теорией, его образом человека, его мировоззрением и т.д. Поэтому мы рассмотрим принципиальный тезис этой книги о центральном ядре психоанализа — переносе и сопротивлении — и исследуем диапазон влияния аналитика на явления, которые традиционно приписываются только пациенту. Так как мы пишем для читателей, широта познаний которых неодинакова, мы прежде всего хотим дать достаточную базу для понимания.

Наш опыт научил нас, что не так просто понять, как сместился взгляд на перенос от представления о нем как об основном препятствии лечению до самого могущественного средства лечения. Конечно, сложность и многообразие проявлений переноса и сопротивления еще не были очевидны во времена их открытия. Поэтому начнем с самого начала. Первым было открыто сопротивление воспоминаниям при приближении к бессознательным конфликтам (сопротивление ассоциациям), которое обязано своей силой оживлению бессознательных желаний и их переносу на аналитика. Таким образом, перенос актуализирует конфликт в отношениях, а все, что препятствует этому, называется сопротивлением переноса, хотя точнее следовало бы говорить о сопротивлении переносу. Самая большая трудность психоаналитика заключается в овладении этими явлениями переноса, но мы не должны забывать, «что именно они оказывают нам неоценимую услугу, немедленно и непосредственно вызывая и демонстрируя скрытые и забытые эротические импульсы пациента. Ибо когда все уже сказано и сделано, невозможно никого уничтожить in absentia[1] или in effigie[2]». Этими известными словами Фрейд (1912b, p. 108) охарактеризовал актуальность переноса «здесь-и-теперь», который убедителен именно в силу своей непосредственности и подлинности: ни с чем нельзя успешно иметь дело «in absentia», то есть говоря о прошлом, или «in effigie», то есть в символическом косвенном представлении. Развитию переноса, будь он положительным или отрицательным по своей природе, не только шаг за шагом противопоставляются различные формы сопротивления; сам по себе перенос может стать сопротивлением, если существует неравновесие между повторением в текущем опыте и способностью или желанием пациента заместить содержание переноса воспоминаниями или по крайней мере соотнести одно с другим. Поскольку пациент «обязан повторять вытесненный материал как настоящий опыт»,

---

[1] В отсутствие *(лат.)*.

[2] По изображению *(лат.)*.

Фрейд подчеркнул на одной из стадий своих размышлений необходимость «как можно сильнее внедриться в канал памяти и как можно меньше позволять воспоминаниям возникать в виде повтора» (1920g, p. 18, 19). Аналитику следует по крайней мере не создавать ситуацию, в которой повторение неизбежно, чтобы позволить воспоминаниям сохранить их изначальную верность и избежать их смешения с какими бы то ни было реальными впечатлениями; подлинный перенос в ситуации «здесь-и-теперь» в идеале заключается в свободном от всяческих влияний воспроизведении живых воспоминаний, актуализированных как опыт в настоящем.

Общим знаменателем всех явлений переноса выступает повторение, которое как в обычной жизни, так и, по-видимому, в терапии возникает спонтанно. Фрейд подчеркивал спонтанность переноса, опровергая предположение, что он *создается* психоанализом. Практически все мы знакомы с переносом у себя и у других. Госпожа X или господин Y сталкиваются время от времени с одними и теми же конфликтными отношениями; например, желание и ожидание приводят к разочарованию одним и тем же стереотипным образом. Кажется, что новые издания или факсимиле повторяются автоматически, хотя на сознательном уровне субъект предпринимает огромные усилия, чтобы изменить свое поведение.

Целью Фрейда было научно обосновать психоаналитическую практику, и поэтому он подчеркивал, что проявления переноса естественны, они часть человеческой жизни, а не искусственные производные психоанализа. По той же самой причине все соответствующие правила лечения созданы для того, чтобы обеспечить *спонтанное* возникновение переноса. Но что значит «спонтанное»? С научной точки зрения мы не можем удовлетвориться ожиданием естественного возникновения проявлений переноса в анализе так, как они сами возникают в жизни. При более пристальном рассмотрении спонтанность переноса раскрывается как обусловленная бессознательными *внутренними* ожиданиями и их *внешними* возбудителями. Поэтому из *научных* соображений мы должны создавать наиболее благоприятные условия для возникновения явлений переноса, а *практические* соображения заставляют нас регулировать эти условия в соответствии с терапевтическим потенциалом.

Фрейд понимал спонтанность переноса как меняющуюся готовность реагировать, реализуемую во взаимоотношениях с объектами и исходящими от них стимулами. Мы можем представить себе своего рода самозапуск бессознательной реакции без какого-либо внешнего стимула, как, например, при лишении еды или питья происходит «галлюцинаторное удовлетворение желаний» (Freud, 1900a). При этом можно найти сходство с пусто-

порожней деятельностью (Leerlaufaktivitäten), описанной Конрадом Лоренцем у животных. Создание условий для такого эндопсихического самозапуска (по-видимому, независимого от внешних факторов) желательно с научной точки зрения, а не только чтобы опровергнуть обвинения в том, что оказывается воздействие. В более глубоком смысле это вопрос спонтанности в анализе; пациент должен оказаться во взаимодействии со «значимым другим» (Mead, 1934). Поэтому, с одной стороны, мы вняли призыву Фрейда получать проявления переноса в самых чистых формах и не влиять на них, так чтобы они по возможности возникали естественно, в соответствии с научным духом времени. С другой стороны, жизненно важно создать благоприятные условия для спонтанности со стороны пациента для успеха терапии.

Противоречие между этими двумя аспектами часто не учитывалось, так что многие психоаналитики считали, что, не оказывая влияния, они могут способствовать самоосвобождению, так же как и спонтанности в более глубинном смысле. Была даже распространена точка зрения, что так можно сочетать требования теории с терапевтическими задачами, хотя в действительности этим не удовлетворяется ни то ни другое. Мы надеемся, что ниже сможем адекватно обосновать эти требования.

Теоретические постулаты внесли свой вклад в концепцию невроза переноса в идеальном психотерапевтическом процессе как чего-то явно независимого от участвующего наблюдателя; она развивается в размышлениях аналитика над образами, который в идеале свободен от всех слепых пятен контрпереноса. Повторение «здесь-и-теперь» генезиса невроза считается тем чище и полнее, чем меньше аналитик изменяет эти новые издания. Если какой-либо изначально не идентифицированный фактор X, например возраст аналитика, его внешность или поведение, нарушает идеальный ход терапии, речь идет не о новых, а скорее о переработанных изданиях; воспоминания пациента дают возможность проследить фактор X до его изначального смысла в истории жизни пациента. Кажется, что у него нет автономии. Пионерские наблюдения Фрейда в случае Доры (1905e), чье лечение оборвалось благодаря, как это объяснялось, непризнанию фактора X в переносе, привело к отрицанию реального восприятия в терапевтических отношениях. Идеальная модель психоаналитического процесса подразумевает чистое повторение патогенеза.

Наблюдение над повторением в большинстве полных неврозов переноса, с одной стороны, ведет к реконструкции генезиса болезни, а с другой — к акценту на воспоминаниях как лечебном факторе. Говорят, что невроз переноса разрешается при

осознании пациентом того, что его восприятие в психоаналитической ситуации является, в большей или меньшей степени, ошибочным, искаженным. Эти искажения вызываются проекциями, благодаря которым ранние желания и страх и их отзвуки переносятся в настоящее. Модель аналитического процесса получила свое обобщение в триаде Фрейда «воспоминание, повторение и проработка» (1914g). Эта триада стала рассматриваться как идеальная благодаря своей связи с рекомендациями Фрейда по технике лечения, хотя он сам, скорее, следовал им в уверенной и гибкой манере, а не догматически. В терапии Фрейд всегда придавал огромное значение потенциальному влиянию внушения в контексте переноса, хотя считается, что такой вывод не следует из его работ по технике (Thomä, 1977; Cremerius, 1981b). Он считал это влияние возможным только в той степени, в какой опыт пациента в отношении зависимости от родителей был хорошим, благодаря чему оказался способен к так называемому *безусловному переносу*. По Фрейду, именно в этом корень внушаемости, которая используется как аналитиком, так и родителями. Едва ли можно сомневаться в том, что внушаемость, в смысле восприимчивости к новому опыту, предполагает известную готовность доверять другим, которая коренится в истории жизни. Однако доверие и внушаемость тоже имеют «актуальный генезис» (то есть основу в реальности взаимодействия в терапии «здесь-и-теперь»), что для Фрейда было само собой разумеющимся. Актуальный генезис в значительной степени отрицался в теоретических положениях техники лечения; долгое время поиск генезиса переноса отодвигал на задний план настоящее, включая ситуативное, актуальное влияние аналитика.

Отрицание «здесь-и-теперь» — в смысле нового опыта, противопоставляемого повторению, — становится более понятным, когда мы увидим, что открытие переноса на самом деле решило ряд проблем:

— появилась возможность реконструкции происхождения психических и психосоматических нарушений в межличностном поле переноса;
— появилась возможность диагностировать типичную невротическую готовность реагирования и выдвижения так называемых диспозиционных объяснений, потому что интернализованные конфликты, проявляющиеся как повторяющиеся паттерны мысли и поведения, стало можно наблюдать в отношении к врачу в переносе;
— интернализованные конфликтные паттерны, то есть конфликтные паттерны, встроенные в структуру, превращаются в пе-

реносе в объектные отношения и наблюдаются in statu nascendi[1].

Научная цель заключается в максимально тщательном исследовании обстоятельств начального развития невроза, как и в создании стандартизированных условий для этого процесса. Точка зрения, что этиологическое объяснение уже идеально разрешило бы невроз, соответствовала причинному пониманию терапии Фрейдом, согласно которому прошлые и даже устаревшие детерминанты желаний и страха, которые, однако, все еще живут в симптомах, должны повториться в чистом виде, то есть без влияния аналитика. Даже этот неполный перечень решений, полученных благодаря открытию переноса, дает представление о том, почему отрицался актуальный генезис опыта и поведения пациента и почему в официальной генеалогии психоаналитической техники не отводилось соответствующего места автономному «здесь-и-теперь» — основному ядру терапии. Теоретические и практические решения, которые дает новая парадигма, становятся относительными с учетом влияния индивидуальной техники аналитика (так как она определена его теорией), его личных особенностей и контрпереноса и латентного образа человека.

## 2.2 Внушение, внушаемость и перенос

Отношения между переносом и внушением имеют две стороны. С одной стороны, внушение — производная переноса: люди внушаемы, потому что они «переносят». Фрейд рассматривает внушаемость в переносе ее прототипом в детстве и объясняет ее зависимостью ребенка от родителей. Соответственно, пациент воспринимает внушение, производимое врачом, как производную от родительского внушения. С другой стороны, внушение рассматривается как независимый инструмент управления переносом. Вера в эффективность этого инструмента основана на опыте гипнотического внушения. В этом отношении двойное значение внушения соответствует различиям между гипнотическим и аналитическим видами терапии. Фрейд комментирует:

> Аналитическое лечение оказывает свое воздействие глубже, достигая корней, где лежат конфликты, являющиеся источниками симптомов, и использует внушение, чтобы изменить результат этих конфликтов. Гипнотическое лечение оставляет пациента инертным, неизменным и, соответственно, неспособным противостоять любой новой возможности заболеть... В психоанализе мы воздействуем на сам перенос, устраняем то, что ему

---

[1] В момент зарождения *(лат.)*.

противостоит, настраиваем *инструмент*, при помощи которого мы хотим осуществить наше воздействие. Поэтому мы получаем возможность извлечь совершенно иную пользу из силы внушения; мы берем его в свои руки. Пациент не внушает себе все, что ему угодно; мы руководим его внушением настолько, насколько он так или иначе поддается его влиянию (1916/17, p. 451–452; курсив наш).

Слово, которое мы выделили в данном отрывке, можно интерпретировать несколькими способами. Одна очевидная интерпретация заключается в том, чтобы увидеть в «приспосабливаемом» нами «инструменте» перенос, который будет соответственно оформлен и инструментирован психоаналитиком. Однако аналитику нужна позиция вне переноса, чтобы иметь возможность сделать перенос инструментом. Фрейд видел во внушении, а не только в инсайте пациента, и силу, которая работает на перенос. Таким образом, внушение становится инструментом, который «оказывает воздействие» на перенос и формирует его.

Две стороны внушения и смешение внушения и переноса, которое всегда было препятствием для понимания психоаналитической терапии, имеют две основные причины. Во-первых, психоаналитическое внушение развилось из гипнотического внушения, поэтому для Фрейда было естественным подчеркнуть новую, отличающуюся форму терапевтического влияния, противопоставляя ее тому виду внушения, который практиковался прежде. Внушаемость объяснялась на основе истории жизни и рассматривалась как регрессия к пассивной зависимости, что, естественно, означает, что человек в сильной степени или полностью зависим от чего-то внешнего и усваивает то, что по капле вливается или внушается. Приписывая эффект внушения переносу, Фрейд также пролил свет на непостоянство успеха гипноза, поскольку только позитивный перенос порождает полное доверие к гипнотизеру и его действиям, как если бы субъект безопасно себя чувствовал в материнском лоне. Следовательно, можно объяснить границы внушаемости и неудачи разного вида суггестивной терапии с помощью психоаналитической теории переноса (см.: Thomä, 1977).

Уже были сделаны намеки на вторую причину влияния психоаналитика на пациента, состоящую в способности последнего к переносу. Генезис доверия/недоверия, симпатии/антипатии, безопасности/небезопасности в отношении к родителям и другим близким родственникам во время доэдиповой и эдиповой фаз и в отрочестве определяет личную готовность к реакции, которую можно классифицировать как типичные бессознательные диспозиции. Действие этих бессознательных диспозиций заключается в том, что переживания в настоящем оцениваются на фоне бессознательных ожиданий, то есть новый материал

переживается в соответствии со старыми более или менее фиксированными «клише».

Как готовность к реакции, разные виды переноса связаны с прошлым, в котором они возникли. Внушение врачом, то есть влияние, оказываемое психоаналитиком, будет определяться не его произвольным ориентированным на изменение воздействием, но будет производным истории жизни пациента.

В противоположность разным видам суггестивной терапии психоанализ предусматривает описание и разрешение переноса[1]. Необходимые внушение и внушаемость являются производными переноса, который поэтому кажется способным поднять самого себя за собственные волосы, как Мюнхгаузен. Однако внешность обманчива; Мюнхгаузен разделил себя расщеплением Я, сделал своим центром руку, а остальное тело объектом. Однако дело не в том, что перенос поднимает себя за собственные волосы. Фрейд разделил перенос на два класса. Допустимый перенос можно сравнить с рукой Мюнхгаузена. Именно этому приписывается обладание силами, которые преодолевают инстинктивный *позитивный* или *негативный* перенос. Допустимый перенос является характерным и абстрактным гибридом из доэдипова, доамбивалентного периода инфантильного развития, в котором сформировалась основа доверия. В этом отношении концепция допустимого позитивного переноса также связана с прошлым; однако он сохраняется только как готовность к реагированию и представляет собой некий компонент того, что мы называем «терапевтическим альянсом» или «рабочим альянсом» (Zetzel, 1956; Greenson, 1965). Это не фиксированные величины, не более чем расщепление Я у Штербы (Sterba, 1934). Это, скорее, диспозиции, которые могут проявиться различным образом под влиянием ситуаций (см. разд. 2.5).

Поэтому теория переноса просто описывает, как формируется клише, или, более обобщенно, бессознательная готовность к реакции. Однако она оставляет открытым вопрос о том, как участвует аналитик в конкретных проявлениях этих явлений, и, кроме того, описаниям Фрейда не удается адекватно прояснить,

---

[1] В «Автобиографическом очерке» (1925d, p. 27) Фрейд описал свой опыт использования гипноза для вызывания катарсиса. Прекращение своей работы в этой технике он объяснил тем, «что даже самые блестящие результаты подвержены возможности неожиданно стереться, если будут нарушены мои личные отношения с пациентом. Верно то, что они установятся вновь, если можно будет достичь перемирия; но такая возможность стирания доказывает, что *личные эмоциональные отношения* между врачом и пациентом, в конце концов, сильнее, чем весь процесс катарсиса, и именно это было тем фактором, который ускользал от любых попыток контроля» (курсив наш).

как их преодолевать. С внушением, вытекающим из переноса, мы корнями уходим в прошлое. Чтобы прояснить эту проблему, укажем на один из тезисов Фрейда о психоаналитической терапии, которому обычно уделяется мало внимания: «Но внушение врача поднимает борьбу вокруг этого объекта (то есть врача) на самый высокий психический уровень: она происходит как обычный душевный конфликт» (1916/17, р. 454).

Обращение к *внушению врача* не отдает должного широкому, спонтанному и новому влиянию, которое оказывает аналитик. Результат этой борьбы отличается от результата ранних конфликтов тем, что она ведется обеими сторонами при помощи нового оружия, которое обеспечивает подъем «на самый высокий психический уровень». Речь идет об уточняющей цели, которую мы рассмотрим в восьмой главе. Изменяющая интерпретация, по Стрэчи (Strachey, 1934), является особым психоаналитическим инструментом для изменения потому, что она удалена от конвенциональности внушения больше всего.

## 2.3 Зависимость явлений переноса от техники

В противоположность идеализированной теории техники, которая пыталась сформулировать стандартизированные экспериментальные условия, психоаналитическая практика с самого начала отличалась гибкостью, ориентированной на терапевтическую задачу; правила адаптировались в соответствии с ожидаемыми изменениями. Опросник, о котором впервые сообщил Гловер (Glover, 1937, р. 49) на Мариенбадском симпозиуме, показал, что 24 английских аналитика очень сильно отличались между собой в том, как они применяли важные правила техники. Критическое обсуждение влияния на перенос гибкого приложения правил было прервано политическими событиями, и только в послевоенные годы была признана решающая роль психоаналитика в терапевтической парадигме психоанализа. Критическую точку обозначили три разные работы, которые появились в 1950 году (Balint, Tarachow, 1950; Heimann, 1950; Macalpine, 1950), и по некоторым соображениям сюда можно включить и работу Эйсслера, опубликованную в том же году (см. гл. 3). В своей статье «Развитие переноса» Макалпайн, тщательно изучив литературу, сообщает, что, несмотря на фундаментальные различия мнений о природе переноса, существует удивительное согласие по поводу его происхождения: считается, что он возникает у анализируемого спонтанно. Макалпайн обосновывает свое оппозиционное мнение (о том, что перенос вызывается в восприимчивом пациенте особой структурой терапевтической ситуации), перечисляя 15 влияющих факторов, и описывает, как

все обычные технические процедуры вносят вклад в регрессию пациента, так что его поведение можно рассматривать как ответную реакцию на ригидную инфантильную ситуацию, с которой он сталкивается. Она следующим образом представляет типичную ситуацию:

> Пациент приходит к аналитику в надежде и ожидании, что ему помогут. Следовательно, он ожидает своего рода удовлетворения, но ни одно из его желаний не удовлетворяется... Он дарует свое доверие, а в ответ ничего не получает; он упорно работает, но тщетно ожидает похвалы. Он признается в своих грехах, но не получает ни их отпущения, ни наказания. Он ожидает, что аналитик станет ему партнером, но остается один (Macalpine, 1950, p. 527).

15 факторов (к которым можно добавить и другие) допускают возможность многочисленных комбинаций, отражающих изменчивую картину того, как пациент переживает терапевтические отношения или как аналитик формирует перенос своим применением правил. Макалпайн хочет показать, что перенос возникает *реактивно*. Поэтому логично ожидать, что каждый из вариантов действующих стимулов приведет к разным видам переноса. Ситуационная зависимость переноса становится очевидной, если рассмотреть многообразие возможных комбинаций, полученных избирательным пренебрежением поочередно одним из всего лишь 15 факторов, не говоря уже о различиях между школами с их акцентами на определенных аспектах интерпретации. Поэтому становится понятным, почему у пациента господина Z сформировались разные виды переноса в двух случаях его анализа с Кохутом (Kohut, 1979a) и Кремериусом (Cremerius, 1982). Убедительная аргументация Макалпайн получила не очень большое признание. Кремериус (1982, p. 22) недавно критически заметил, что многие аналитики до сих пор рассматривают перенос как «эндопсихический неизбежный процесс». По-видимому, признание влияния аналитика на перенос настолько выбивает из колеи, что убедительная теоретическая аргументация столь же неэффективна, как недвусмысленное наблюдение, которое обобщил Райх, сказав: «Перенос всегда является верным зеркалом поведения терапевта и аналитической техники» (Reich, 1933, p. 57).

Эйсслер считается одним из наиболее влиятельных представителей *базовой образцовой техники* (см.: Thomä, 1983a). Его работы по модификации стандартной техники и введение «параметра» (Eissler, 1958) внесли огромный вклад в формирование неоклассического стиля и психоаналитического пуризма. Его полемика с Александером и Чикагской школой (Eissler, 1950) отмежевала классическую технику от ее вариантов и почти полностью оставила в тени тот факт, что эта работа содержит ас-

пект, допускающий влияние психоаналитика на перенос в большей степени, чем это позволяет базовая образцовая техника. О чем же тогда спор? После смерти Фрейда и консолидации психоанализа после второй мировой войны на первый план в теоретических разногласиях вышел вопрос, какие варианты техники все еще будут находиться в рамках правильного понимания психоанализа, хотя даже среди ортодоксальных психоаналитиков существует широкое разнообразие в практическом его применении. С другой стороны, путем точного определения правил можно и стоять на четких позициях. В 1950-х годах неожиданное развитие психоанализа принесло с собой много проблем. Как естественная реакция на возникновение многочисленных форм психодинамической психотерапии, производных от психоанализа, появилось стремление строго определить психоаналитический метод и поддерживать его чистоту (G. Blanck, R. Blanck, 1974, p. 1). Простейший способ формирования метода — процедурные правила, как если бы следование им не только защищало идентичность психоаналитика, но также гарантировало оптимальный и особо глубокий анализ.

Таким образом, практически и теоретически продуктивное предложение Эйсслера (Eissler, 1950) было почти полностью проигнорировано. Он определил психоаналитический метод на основе его цели. В дополнение к техническим модальностям, включая использование переноса, он высказался в пользу высокой степени открытости и гибкости в соответствии с целью. Он утверждал, что любую технику можно определить как психоаналитическую терапию, если она стремится к структурным изменениям личности и достигает их, используя психотерапевтические средства, невзирая на то, ежедневны ли или нерегулярны занятия и используется ли кушетка или нет.

Едва ли можно удовлетворительно определить метод на основе его задач, если молчаливо не считать, что только строгий психоанализ стремится к достижению структурных изменений, в чем и состоит, возможно, позиция Эйсслера. Тем не менее здесь Эйсслер привел довод, противоречащий его базовой образцовой технике, а именно что самый осмысленный способ развития подходящей теории психоаналитической техники и совершенствования психоаналитической практики вовсе не подвергание метода цензуре, а исследование тех изменений, к которым стремится лечение и которых оно достигает. Сомнительно, что регрессия, вызываемая стандартной техникой, с ее особым содержанием переноса, является оптимальным способом изменения структуры и, следовательно, симптоматики (см. гл. 8). Нельзя закрывать глаза на тот факт, что некоторые виды терапии не проходят благоприятно (см.: Drigalski, 1979; Strupp, 1982; Strupp et al., 1977; Luborsky, Spence, 1978; Wallerstein,

1986), но возлагать вину за это на неточное определение показаний к лечению (то есть заключить, что данный пациент неспособен подвергаться анализу) равносильно самообману. Стандартная техника сузила определение анализируемости и предъявила еще более высокие требования к силе функций Я пациента. Но недостаточно обсуждался вопрос о том, что осложнения, вплоть до так называемых психозов переноса, могут объясняться не неточным определением показаний, а скорее появлением особых видов регрессии, вызывающих чрезмерную сенсорную депривацию (см.: Thomä, 1983a). Упущения становятся еще более серьезны, когда при этом еще и не удается доказать, что определенные способы работы с переносом действительно ведут к изменениям в структуре и симптоматике.

Тщательное и обширное обсуждение Бахрахом концепции «анализируемости» (Bachrach, 1983, p. 201) является одним из примеров многообещающего развития всей области психоаналитической теории и практики. Вместо обычно одностороннего и во многих отношениях проблематичного вопроса о пригодности пациента нам бы следовало теперь задаться вопросом, какие происходят изменения, у какого анализируемого, с какими затруднениями, когда применяется психоаналитический процесс, каким образом и каким аналитиком. Границы переноса постоянно отодвигаются назад самокритичными вопросами, как пишет Бахрах, несмотря на одновременную ригидность. Психоанализ долго находился на пути к новому пониманию переноса (см.: Orr, 1954). Вариации в технике лечения создают специфические виды переноса, которые понимать нужно операционально.

## 2.4 Трансферентный невроз как операциональное понятие

В своем вступительном слове к дискуссии о проблемах переноса на конгрессе Международной психоаналитической ассоциации в 1955 году Уэлдер подчеркнул влияние аналитика: «Поскольку полное развитие переноса является следствием аналитической ситуации и аналитической техники, изменения этой ситуации или техники ведут к значительным изменениям явлений переноса» (Waelder, 1956, p. 367).

Гловер тоже подчеркивал, что «трансферентный невроз прежде всего питается за счет интерпретаций переноса; другими словами, перенос, начинаясь фрагментарно, имеет тенденцию выстраиваться на основании интерпретаций переноса (Glover, 1955, p. 130).

Балинт утверждал даже еще яснее: «Бог знает, какая часть того, что он [аналитик] наблюдает (а именно разворачивающихся перед его глазами явлений переноса), произведена им самим: ведь они могут быть ответной реакцией на аналитическую ситуацию в целом или на ее определенную разновидность, созданную его правильной или не столь правильной техникой» (Balint, 1957, p. 290).

Существенные выводы симпозиума Американской психоаналитической ассоциации «О современной концепции трансферентного невроза» вместе со статьями Блума (Blum, 1971) и Калефа (Calef, 1971) подтверждают взгляд, выраженный Уэлдером и Макалпайн. По существу, введение термина «трансферентный невроз» выражает признание Фрейдом того, что общечеловеческий перенос трансформируется в систематизированные отношения под влиянием аналитической ситуации и при наличии особых невротических видов готовности к переносу (хотя Фрейд недооценивал это влияние или считал, что может его ограничить стандартизированными условиями). Лёвальд (Loewald, 1971) подчеркивал зависимость трансферентного невроза от поля, утверждая, что это не столько количественный показатель, который можно обнаружить у пациентов, сколько операциональное понятие. Мы согласны с Блумом (Blum, 1971, p. 61), что все еще имеет смысл говорить о неврозе переноса, если предполагать, что этот термин включает все явления переноса на основе современной теории неврозов. В этом смысле временные явления переноса являются столь же операциональными понятиями, сколь и симптоматический невроз переноса. Поэтому мы не делаем различий между отдельными явлениями, например ситуативными трансферентными фантазиями и трансферентной невротической трансформацией симптомов какого-либо нозологического класса заболеваний, включая нарциссические неврозы, которые Фрейд приравнивал к психозам. Следовательно, невроз переноса является разновидностью искусственного невроза. В своих «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд пишет:

> Мы не должны забывать, что болезнь пациента, которого мы подвергаем анализу, не является чем-то законченным и ригидным, но все еще растет и развивается, подобно живому организму... Все симптомы пациента утратили свое первоначальное значение и приобрели *новый* смысл, который имеет отношение к переносу (Freud, 1916/17, p. 444; курсив наш).

Контекст этой цитаты накладывает строгие рамки на «новый смысл». Другие моменты в тексте, где о трансферентном неврозе говорится как о «новых условиях», замещающих «обычный невроз» и «придающих всем симптомам болезни новое трансферентное значение», также сводят новаторскую сторону настоящего опыта к благоприятным условиям для пробуждения воспо-

минаний, которые создаются благодаря повторяющимся реакциям (Freud, 1914g, p. 154—155). Поскольку Фрейд последовательно не рассматривал рост и развитие невроза переноса, который вырастает подобно живому существу, в качестве межличностного процесса в терапевтических отношениях между двумя индивидами, основной вклад психоаналитика в этот «новый искусственный невроз» (Freud, 1916/17, p. 144) оставался нераскрытым. Глубина этих проблем видна в том, как скрупулезно Фрейд выбирал терминологию, обсуждая преодоление невроза переноса. Его слова не отражают идеала свободы, а, скорее, выдают беспомощность: «Мы преодолеваем перенос, указывая пациенту, что его чувства возникают не из настоящей ситуации и неприложимы к личности врача, но что они повторяют нечто, что происходило с ним раньше» (Freud, 1916/17, p. 443).

Затем он использует, даже с большей силой, слово, которое не принадлежало его обычному словарю: «Таким образом, мы *принуждаем* его трансформировать свое повторение в воспоминания» (1916/17, p. 444; курсив наш).

Следует кратко упомянуть еще об одном устаревшем значении понятия невроза переноса, а именно нозологическом во фрейдовском смысле этого термина. Так использовать термин нельзя даже по отношению к людям, проходящим лечение по поводу так называемых дефектов Я или других видов неполноценности, перверзий, пограничных расстройств или психозов, развивающих перенос. Теоретические положения Фрейда о нарциссизме изначально препятствовали признанию особых видов переноса, которые разворачиваются в пограничных случаях и у психотиков, что ведет к запутанной нозологической дифференциации между неврозами переноса и нарциссическими неврозами. Все пациенты способны к переносу, и поэтому необоснованно определять истерические, фобические и навязчивые невротические синдромы тавтологически, как трансферентные неврозы, и противопоставлять их нарциссическим неврозам. Разнообразные категории болезней различаются по форме и содержанию переноса, но он присутствует всегда.

## 2.5 Противоречивое семейство понятий: реальные отношения, терапевтический альянс, рабочий альянс и перенос

Мы уже встречались с отцом этого семейства понятий, хотя не идентифицировали его как такового. Мы обнаруживаем его в работах Фрейда в лице врача, к которому «привязывается» пациент, а также в «реальных отношениях», стабильность которых является противовесом переносу. Но что за семейство без ма-

тери? Мы находим ее в «допустимом переносе», который рано в истории жизни начинает строить незаметную, но твердую основу доверия. Таким образом, допустимый перенос является матерью семейства понятий, которые мы собираемся рассмотреть. Мы приписываем самое большое влияние по установлению отношений доверия к окружению реальным материнским фигурам. Если доверие пациента перевешивает его недоверие, можно ожидать стабильного допустимого переноса (по терминологии Фрейда). Тогда почему, когда отец и мать семейства понятий уже существовали, были введены новые термины, которые отличаются друг от друга и, как настоящие дети, иногда больше походят на мать, а иногда больше на отца? Сандлер и др. (Sandler et al., 1973) отметили, что до тех пор, пока не было введено понятие терапевтического альянса, включение Фрейдом как допустимого, так и либидозного переноса в общее понятие позитивного переноса было источником путаницы. Их работа показывает, что терапевтический альянс состоит из сильно различающихся элементов. В самом деле, понимание Цетцель (Zetzel, 1956) терапевтического альянса основано на модели отношений мать — ребенок. По ее мнению, ранние фазы анализа напоминают ранние фазы развития ребенка с нескольких точек зрения. Вывод, к которому Цетцель приходит относительно терапевтического альянса, заключается в том, что, особенно в начале лечения, аналитику следует моделировать свое поведение по типу хорошей матери. Напротив, рабочий альянс Гринсона (Greenson, 1965) включает сверх того реальные или реалистические элементы отношений, которые Фенихель (Fenichel, 1941) все еще называл рациональным переносом.

Противоречивое семейство: о чем идет речь и кто имеется в виду? Речь идет об отношениях и об иерархии внутри семейства, о значимости переноса по сравнению с реальными отношениями и в целом о многих сознательных и бессознательных элементах в аналитической ситуации, влияющих на взаимодействие между пациентом и аналитиком, которые не могут происходить исключительно только из прошлого.

Мы надеемся, что читатель извинит нас за то, что мы говорим о понятиях, как будто они являются ссорящимися людьми, это делается для того, чтобы сократить и упростить наши описания. Ниже мы назовем нескольких авторов, вдыхающих боевой дух в эти понятия. Недостаточно учитывался тот факт, что эти понятия так плохо ладят друг с другом, потому что они используются различными практикующими школами. Монадические концепции ссорятся со своими диадическими братьями и сестрами. Перенос как расщепление Я Штербы и фиктивное нормальное Я Фрейда являются монадическими, в то время как все концепции отношений являются диадическими по своему за-

мыслу и цели. Уже начинается ссора. Верно ли говорить о трансферентных отношениях как об объектных отношениях? Да, именно так, но это не означает отказа от психологии одного лица, как показывает теория Кляйн. Следовательно, мы не можем обойти вниманием психологию двух и трех персон Балинта. Перенос сопротивляется этому, опасаясь, что он — любимый ребенок в семействе и тот, кому мы обязаны нашим профессиональным существованием, — может пострадать точно так же, как и пациент и как мы сами.

Нет нужды повторять, почему Фрейд рассматривал перенос монадически или почему те члены семейства, которые связаны со взаимодействием в диаде, долго оставались безымянными, оказывая даже большее влияние, пока не были признаны и находились в подполье. Поэтому семейство понятий пришлось увеличить, добавив к нему тех членов, которые всегда там были, но подробно описывались только в разговорах. Мы рекомендуем главу из «Психотерапии истерии» Фрейда (Freud, 1895d, p. 282), где есть прекрасное описание того, как можно завоевать пациента в качестве «сотрудника» в терапии. Все свидетельствует о том, что Фрейд прежде всего продолжал попытки «создать союз» с пациентом, чтобы образовать с ним одну партию. Мы подчеркиваем, что «не всякие хорошие отношения между аналитиком и его подопечным во время и после анализа рассматриваются (или должны рассматриваться) как перенос» (Freud, 1937c, p. 222). Между тем положительный перенос стал самым сильным мотивом участия в работе для проходящего анализ (Freud, 1937c, p. 233). Отношения формализуются в некоем «контракте» или «пакте»; как поддерживается «верность альянсу», остается непроговоренным (это цитата из поздней работы Фрейда — 1937c, 1940a). Особенно поучителен тот факт, что Фрейд в своих последних трудах ориентируется на монадическое рассмотрение диагноза, на изменения Я, которые не позволяют придерживаться контракта. Тем не менее он продолжает подчеркивать, что аналитик «действует как образец... учитель» и что «аналитические отношения основаны на любви к истине, то есть на признании реальности» (1937c, p. 248). Из контекста ясно, что речь идет также о реальности аналитика как личности, но остается неопределенным, как она воздействует на перенос.

Если бы стратегия лечения имела своей целью решить проблему признания истины, мы могли бы ограничиться обсуждением в разделах 2.7 и 2.8. Однако существуют противоречия, типичные для семейной междоусобицы, между монадическими концепциями — такими, как допустимый перенос, расщепление Я (Sterba, 1934) и фиктивное нормальное Я (Freud, 1937c), — и диадическими концепциями, у которых есть свои обиходные

неофициальные прототипы в работах Фрейда: наведение «мы-связи» (Sterba, 1940), терапевтический альянс (Zetzel, 1956) и рабочий альянс (Greenson, 1965). Внутри семейства поднимаются вопросы: кто с кем находится в особенно близких отношениях и не являются ли в действительности все члены семьи потомками допустимого переноса, то есть ранних отношений матери и ребенка. В попытках понять эти противоречия прежде всего необходимо учесть, что перенос гордится своей субъективной психической истиной, в которой тем не менее есть искажения. Считается, что если верх берет негативный перенос, то он может совершенно парализовать аналитическую ситуацию. Тогда подрывается основная предпосылка для лечения, а именно реалистические отношения. Здесь Фрейд ввел очевидную объективную, или внешнюю, истину — пациент и аналитик основываются на реальном внешнем мире (1940a, p. 173), однако она, если ее внимательно изучить, фактически не менее субъективна, чем истина, исходящая из переноса. Введение реального лица, субъекта, в рабочий альянс не мешает проверке этой истины, напротив, оно выявляет субъективность наших теорий. Следовательно, индивидуальная ответственность аналитика еще выше, и предполагается, что он должен подвергать свою практику научному исследованию, начиная с критического осмысления своих собственных мыслей и методов, то есть с *контролируемой* практики.

Теперь мы внимательнее рассмотрим генеалогическое древо членов этого семейства. Мы начнем с расщепления Я как прототипа монадических понятий и затем перейдем к «мы-связи» и ее производным. Фрейд описал «идеальную ситуацию для анализа», единственную ситуацию, в которой можно полностью проверить эффективность анализа, следующим образом:

> Когда кто-нибудь, кто, в других случаях, является хозяином самому себе, страдает от *внутреннего конфликта*, который он неспособен разрешить один, то он приносит свои проблемы аналитику и просит его помощи. Тогда врач работает *рука об руку* с одной частью *патологически разделенной* личности против другой части, которая с той конфликтует. Любая ситуация, отличающаяся от этой, так или иначе неблагоприятна для психоанализа (Freud, 1920a, p. 150; курсив наш).

Штерба свел описание Фрейда к его реальной сути: при таком разделении возникает расщепление, и способность пациента признавать внутренние конфликты детерминантами своей болезни становится особенно важным критерием показаний для применения этой техники. В конце концов стало казаться, что единственными людьми, подходящими для психоанализа, были те, чьи эндопсихические конфликты находились на эдиповом уровне. Тот факт, что Кохут эксплицитно рассматривал Я-психологию и технику лечения нарушений нарциссической личности

как дополнение к классической терапии эдиповых конфликтов, следует считать достаточным, чтобы проиллюстрировать, какие последствия имело понятие расщепления Я как неправильно понятое крылатое слово. Конечно, проще, если пациент уже осознает свои конфликты, но аналитик должен всегда стремиться помочь установить прочные терапевтические отношения. При последующем переложении расщепления было совершенно забыто, как можно способствовать наведению «мы-связи», включая элементы отношений, которые не определяются переносом, хотя Штерба (Sterba, 1934, 1940) и Бибринг (Bibring, 1937) подчеркивали идентификацию с аналитиком, «мы-связь», как основу терапии.

Из-за односторонней, слишком негативной концептуализации психоаналитического лечения недооценивается подлинное и полное удовольствие переживания открытия новых областей жизни благодаря новому пониманию и «мы-связи», так как все это рассматривается всего лишь как разновидность сублимации. Если рассматривать отношения между аналитиком и пациентом как «отношения неотношений» (см.: Fürstenau, 1977), тогда мы останемся в рамках того понимания терапии, которое приписывает психоаналитику достаточно негативное и парадоксальное значение. С другой стороны, было бы заблуждением говорить об отношениях, партнерстве или встрече, когда неясно, как терапевтически оформлены эти параметры. Фрейд учил нас анализу переноса, а отношения для него были самоочевидны, так что перенос и отношения проходили бок о бок через все случаи его терапии, но не были взаимосвязаны. Однако сегодня важно признавать и интерпретировать влияние этих двух феноменов друг на друга; поэтому мы считаем ошибочным негативно определять аналитическую ситуацию и особенно межличностные отношения, которые ее составляют, как отношения неотношений или как нечто асимметричное, как если бы естественные человеческие отношения (например, в группах, которые питаются, живут и работают вместе) были бы симметричны как геометрические фигуры. Общность интересов между аналитиком и проходящим анализ тоже по-своему асимметрична, но решающей является сама исходная точка: несходные позиции и сама проблема, которую можно решить только согласованными, хотя и разнообразными усилиями. По нашему мнению, ошибочно делать партнерство из общности интересов, точно так же как должно быть антитерапевтично так сильно подчеркивать асимметрию, что это затрудняет идентификацию или даже совершенно ей препятствует.

Однако, сколь бы неоднозначным ни казалось данное семейство понятий, и по практическим, и по теоретическим соображениям важно найти такое понятие, которое бы обобщило многогранные формы переноса, поскольку теория переноса пытает-

ся объяснить текущее поведение пациента и его так называемую анализируемость на основе прошлого. В конечном счете способность пациента преодолевать свой отрицательный или положительный перенос или сопротивление переносу вновь приводит к мягкому положительному допустимому переносу в ранних отношениях матери и ребенка. Можно видеть, что здесь влияние аналитика оказывается, по сути, вторичным, то есть просто производным.

Эта теория переноса не только не соответствует терапевтическому опыту; при ближайшем рассмотрении также становится ясно, что психоаналитическая эгопсихология с терапевтическим расщеплением Эго (Штерба) в качестве непременного члена семейства понятий приводит к такому рабочему альянсу в технике лечения, который отражает теорию автономных функций Я. Когда пациент размышляет о своих высказываниях или наблюдает за собой — независимо от интерпретаций аналитика или с их помощью, — он делает это не на пустом месте. Я аналитика можно благодаря его нормальности рассматривать как фикцию, но то, что он думает и чувствует о пациенте, то, как он воспринимает перенос пациента, ни в коем случае не фиктивно. Появляясь из своего переноса, пациент отнюдь не вступает на «ничью» почву, также и аналитик не проваливается в пустоту, размышляя о бессознательных фантазиях пациента или пытаясь исследовать свой собственный контрперенос. На его подход к пациенту влияют и его впечатления о переносе, и его мнение о реалистичности восприятия пациента. Недостаточно только одного знания генезиса; необходима позиция вне этого знания, чтобы мы смогли распознать явления переноса и назвать их своим именем. Пациент частично находится вне переноса, иначе у него не было бы возможности переживать по-новому то, что стимулирует аналитик благодаря своим новым подходам. Таким образом, перенос определяется непереносом, и наоборот.

То, что за пределами переноса существует что-то еще, а именно идентификация с аналитиком и его функциями, видно из того, что терапевтические отношения не заканчиваются с прекращением лечения. Идеал разрешения переноса был частью монадически рассматриваемого процесса лечения, а потому неудивительно, что в реальности его не встретишь (см. гл. 8). Конечно, верно, что всегда существовала разница в оценке: во всяком случае, допустимый перенос не был для Фрейда объектом анализа и потому не требовал разрешения.

Для ясности повторим, что Цетцель объясняла способность пациента формировать отношения существованием допустимого материнского переноса; следовательно, терапевтический альянс у Цетцель выводится из традиционной теории переноса и вполне ей соответствует. Через много лет рабочий альянс у Гринсона освободился от теории переноса. Существуют теоретические

и практические причины того, почему утверждения Гринсона (Greenson, 1967) о независимости продержались много лет, а связь с отчизной, то есть с переносом, оставалась невыявленной. Так, он говорил о рабочем альянсе как о явлении переноса (Greenson, 1967, p. 207—216), но в то же время подчеркивал, что эти понятия антитезис друг другу. Как можно разрешить это противоречие? Пока перенос приравнивается к объектным отношениям (в аналитическом смысле) в терапевтической ситуации, до тех пор рабочий альянс тоже будет представлять собой объектные отношения с бессознательными компонентами и, следовательно, будет нуждаться в интерпретации.

За последние десятилетия увеличение этого семейства понятий сопровождалось расширением понятия переноса. Читателю будет непросто согласовать эти два направления, одно из которых подчеркивает элементы, не определяемые переносом (терапевтические отношения), другое подчеркивает перенос. Признание элементов, не определяемых переносом, с одной стороны, и восприятие переноса как полноценных объектных отношений (трансферентные отношения), с другой, возникают из различных традиций психоаналитической практики, имеющих общие корни. Пятьдесят лет назад Штерба (Sterba, 1936, p. 467) утверждал, что, по сути, перенос является объектными отношениями, как и любые другие отношения, хотя одновременно подчеркивал и необходимость их различения. Существенный вклад в расширение понятия переноса внесла Кляйн и «британские теоретики объектных отношений» (такое определение дал им Сатерленд [Sutherland, 1980], подчеркивая тем самым их независимость и оригинальность внутри английской психоаналитической школы) Балинт, Фэйрберн, Гантрип и Винникотт. Качество неисторичности, почти что неизменности, которое Кляйн приписывает бессознательным фантазиям, ориентированным на объекты, означает, что эти фантазии присутствуют всегда и чрезвычайно сильны. Поэтому и в отношениях «здесь-и-теперь» можно немедленно делать глубинные интерпретации бессознательных фантазий (Heimann, 1956; Segal, 1982).

Школой Кляйн переносу придавалось особое значение в контексте теории объектных отношений. Отрицание первичного нарциссизма сначала имело плодотворные терапевтические последствия. Согласно этой теории, бессознательные фантазии переноса немедленно фокусируются на объекте-аналитике; но еще важнее, что сопротивление их не маскирует и поэтому они непосредственно открыты для интерпретации. В эгопсихологии приходится ломать голову над стратегиями интерпретаций, которые однотипны благодаря таким крылатым словам, как «поверхность», «глубина», «позитивный и негативный перенос», «интерпретация сопротивления», а теория Кляйн рекомендует немедленно интерпретировать предполагаемые бессознательные

фантазии как явления переноса. Анна Фрейд относила интерпретацию переноса почти исключительно к прошлому (A.Freud, 1937, p. 27), ситуативный генезис допуская только для сопротивления. При строгом анализе сопротивления, который предложен Райхом, а затем Кайзером (Kaiser, 1934) и критикуется Фенихелем (Fenichel, 1935a), аналитик нарушает молчание только время от времени, интерпретируя сопротивление. Таким образом, Кляйн ослабила ригидность анализа сопротивления и заменила молчание новым стереотипом: немедленной интерпретацией переноса бессознательных, направленных на объект фантазий и их типичного кляйнианского содержания — «хорошей» и, самое главное, «плохой» груди.

В теории Кляйн «здесь-и-теперь» понимается исключительно как перенос в смысле не имеющих поступательного развития повторений (Segal, 1982). Сомнительно, однако, что можно приписывать бессознательной части опыта особое вневременное, внеисторичное существование, как бы ни поражал запас латентных мыслей сновидения в долговременной памяти. У бессознательного нет своего собственного существования; оно связано с историчностью существования человека. С точки зрения Кляйн на перенос, повторение приобретает такую важность, что течение времени — прошлое, настоящее и будущее — кажется остановившимся. По этой причине вопрос об изменении благодаря новому опыту долго упускался из виду сторонниками этой теории (Segal, 1964). Все же пациенту надо установить определенные отношения с аналитиком и его взглядом на психическую реальность настоящего и прошлого, чтобы освободиться от переноса и открыть себя будущему. «Здесь-и-теперь» может только частично совладать с «тогда-и-там», иначе не было бы будущего, местонахождение которого отнюдь не определяется этими друг на друга похожими, удобными наречиями.

Таким образом, традиционное определение переноса ограничивает это понятие тем, что в аналитической ситуации неново, — то есть переизданиями интрапсихических конфликтов, которые происходят из прошлых объектных отношений и автоматически возбуждаются в ситуации лечения. Но поскольку в терапии возникает новый материал, необходимо охарактеризовать эту сторону отношений анализируемого и аналитика при помощи особых терминов, которые мы ввели в качестве диадических членов семьи понятий, связанных с рабочим альянсом. Однако в то же время техника интерпретаций эгопсихологии осталась связанной с прошлым и с моделью интрапсихического конфликта. Поскольку перенос рассматривался как искажение восприятия при определенных условиях, аналитик, практикующий эгопсихологию, задает себе вопрос: «Что сейчас повторяется, какие задействованы бессознательные желания и страхи,

как они блокируются и, самое главное, к кому они относятся? Какой материнский или отцовский перенос сейчас повторно на меня примеряется?» Очевидно, эти вопросы прежде всего относятся к прошлому, которое незаметно для пациента повторяется. Определенные правила терапевтического поведения позволяют повторению достичь полноты и убедительно проследить его истоки до бессознательно сохранившихся динамически активных воспоминаний. Аналитик ведет себя пассивно и ждет, пока мягкий положительный перенос не перерастет в сопротивление. Наконец, он интерпретирует сопротивление. «"Здесь-и-теперь" важно прежде всего потому, что оно ведет обратно к прошлому, откуда оно и происходит» (Rangell, 1984, p. 128). По нашему мнению, это утверждение сжато характеризует технику интерпретации, которая прежде всего уделяет внимание воспоминаниям, отодвигая настоящие отношения, то есть взаимодействие, на второе место. Несколько преувеличивая, можно было бы сказать, что в диадическом терапевтическом процессе замечаются лишь трансферентные элементы и внимание очень быстро переходит на прошлое и воспоминания. Хотя Рэнгелл признает значение рабочих отношений, утверждая, что интерпретации можно делать только после того, как эти отношения установлены, он заявляет, что аналитику не надо предпринимать никаких особых усилий в этом направлении (Rangell, 1984, p. 126). Взгляд Штербы был совершенно другим, он поощрял наведение «мы-связи»:

> С самого начала пациента призывают «кооперироваться» с аналитиком против чего-то в нем самом. Каждый отдельный аналитический сеанс дает аналитику различные возможности использования термина «мы» в применении к себе и той части Я пациента, которая созвучна реальности (Sterba, 1934, p. 121).

Следовательно, речь идет о приоритетах в технике лечения. То, что различные виды переноса ориентированы на объект, является бесспорным, поскольку желание, которое проникает из бессознательного в предсознательное, изначально связано с объектами, хотя последние и не представлены ментально на самых ранних стадиях жизни. Согласно *топографической* теории переноса Фрейда, так, как она изложена в «Толковании сновидений», эти интрапсихические события формируют основу клинических явлений переноса. Теоретические положения соответствуют опыту, что перенос — как происхождение сновидений «сверху» — приводится в движение реальными дневными остатками. Реалистические восприятия, изменяющиеся в своем течении, таким образом, имеют отношение к аналитику. Если пренебречь этими дневными остатками, а значит, и взаимодействием в интерпретации переноса, это будет серьезным упущением, которое может иметь тяжелые последствия. Пренебрежение

дневными остатками вообще в интерпретации переноса характерно для этой теории и связано с избеганием реалистических связей с личностью аналитика, потому что они противоречат парадигме техники лечения, предполагающей зеркальное отражение. Поэтому очевидное противоречие между рассмотрением дневных остатков в традиционном толковании сновидений «сверху» и отрицанием их в интерпретации переноса объясняется влиянием традиционной (и преобладающей) клинической теории и практики переноса.

Не только в школе Кляйн расширение теории переноса привело к значительным изменениям техники лечения. Нам бы хотелось проиллюстрировать это ссылкой на противоречия между Сандлером и Рэнгеллом. В следующем отрывке содержатся существенные моменты аргументации Сандлера:

> Кажется ясным, что введение и описание этих процессов объектных отношений, особенно относящихся к объектам защит, отразило новое важное измерение в аналитической работе и концепции переноса. Анализ того, что происходит «здесь-и-теперь» в аналитическом взаимодействии, стал предшествовать по времени интерпретирования реконструкции инфантильного прошлого. Если пациент использовал защиты внутри аналитической ситуации, включающей его и аналитика, — это рассматривалось как перенос и все больше становилось центром внимания аналитика. Вопрос «что сейчас происходит» стал задаваться прежде вопроса «что материал пациента говорит о его прошлом».
>
> Другими словами, внимание психоаналитика все более концентрируется, особенно в Британии, на использовании пациентом аналитика в своих бессознательных фантазиях исполнения желаний и мыслях так, как они появились в настоящем, то есть в переносе, как он эксплицитно и имплицитно понимается большинством аналитиков, несмотря на ограниченное официальное определение этого термина (Sandler, 1983, p. 41).

Критика Рэнгелла фундаментальна (Rangell, 1984). Он поднимает следующий вопрос: «Так ли первичны сопротивление и защиты, как это имеет место у Фрейда, Анны Фрейд, Фенихеля и других? Или мы продвинулись к тому, что многими провозглашается прежде всего перенос, и даже только перенос?» Он говорит, что все это снова приводит к поляризации: теперь повсюду многие психоаналитики видят приоритет «здесь-и-теперь» над реконструкцией и инсайтом. «В конечном счете, может быть, нам придется выбирать между двумя разными концепциями переноса — интрапсихической и интеракционной (трансакционной). Такой же выбор, вероятно, необходимо сделать между интрапсихической и интеракционной моделями терапевтического процесса» (Rangell, 1984, p. 133).

Мы считаем, что решение уже принято, а споры догматичны по происхождению. В самой природе понятия переноса заключается необходимость его дополнить, чтобы он удовлетворял требованиям терапевтической практики и общей теории лече-

ния. То же самое имеет отношение к выбору между интрапсихической и интеракционной моделями терапии. В конечном счете, это не вопрос «либо — либо», а, скорее, «не только, но также». Следует ли идти на захудалый компромисс? Совсем нет. Психоанализ как целое базируется на интеграции, тогда как каждая школа пытается сохранить свою индивидуальность. В этом коренятся длящиеся споры, которые мы сейчас проиллюстрируем некоторыми типичными примерами. По нашему мнению, признание того, что эти дискуссии догматичны по своему происхождению, должно благотворно отразиться на психоаналитической практике — прояснения ведут к изменению, и не только в терапии. Наши примеры делают некоторые проблемы простыми. Критика Розенфельдом (Rosenfeld, 1972) того, как Клаубер (Klauber, 1972a) подчеркивает личное влияние аналитика, достигает уровня личной полемики. Эйсслер (Eissler, 1958), в противоположность Лёвенштайну (Loewenstein, 1958), строго отделил интерпретацию от личности. Бреннер (Brenner, 1972) считал, что он может показать, используя в качестве примеров некоторые случаи Цетцель, что введение терапевтического альянса и других средств было бы совершенно излишним, если бы только перенос хорошо анализировался, — такие костыли нужны только в том случае, если пренебрегают анализом переноса. И в самом деле, он без труда демонстрирует упущения в аналитических случаях Цетцель. Кертис (Curtis, 1979, p. 190), высказывая хорошо взвешенное мнение, указывает, где лежит опасность, а именно там, где терапевтический альянс и все семейство концепций рассматриваются как самоцель, то есть как создание новых коррективных объектных отношений, а не как инструмент для анализа сопротивления и переноса. В свете этой аргументации становится ясным, почему Стейн (Stein, 1981) даже обнаружил недочеты в допустимом переносе Фрейда, ибо любой тип поведения имеет бессознательные аспекты, которые иногда могут или даже должны быть интерпретированы «здесь-и-теперь», даже когда они и допустимы, каково бы ни было их происхождение. В аналитической ситуации тем или иным фактором всегда пренебрегают. Если, как это делают Гилл и Хоффман (Gill, Hoffman, 1982), концентрироваться на вкладе аналитика в генезис «сопротивления переносу», можно упустить из виду бессознательный генезис, как это подчеркивает Стоун (Stone, 1981b).

Самая молодая ветвь данного семейства понятий — это общее понимание переноса Кохутом в рамках его теории Я-объектов. Оно является всеобщим в том смысле, что Кохут (Kohut, 1984) рассматривает человеческие отношения и жизненный цикл как историю бессознательных процессов поиска и нахождения Я-объектов. Это архаичные объектные отношения, в которых Я и объект, или Я и Ты, смешаны. Объекты описываются

как часть собственного Я, а Я как часть объектов. Соответственно, особые формы переноса, описанные Кохутом, например двойники или слияние, являются вариациями в рамках интеракционного единства. Теорию Кохута можно отличить от других теорий объектных отношений благодаря ее особому акценту на грандиозных эксгибиционистских ожиданиях, приписываемых младенцу. Согласно Кохуту, развитие стабильной уверенности в себе зависит от признания ожиданий и ответа на них. Теория Я-объектов Кохута, таким образом, связывает нарушение объектных отношений генетически с нарушениями уверенности в себе, при этом особо выдающуюся роль играет эйдетический компонент: показ себя и отражение в глазах материнской фигуры.

Поскольку зависимость человека от среды продолжается в течение всей его жизни, теория Я-объектов Кохута оказывает и общее, и специфическое влияние на технику лечения. Вследствие своей незащищенности все пациенты зависят от признания, и они переносят на аналитика соответствующие ожидания. Кроме того, Кохут описал специфический Я-объектный перенос и дал генетическое обоснование его интерпретации, то есть относящееся к его происхождению. В соответствии с обобщением, представленным Брандшафтом и Столороу,

эти отношения Я-объектов необходимы, чтобы поддерживать стабильность и связанность Я; пока ребенок постепенно мало-помалу приобретает психологическую структуру, ему необходимо поддерживать свою собственную способность саморегуляции. Развитие отношений Я-объектов отражает преемственность и гармонию этого процесса развития через его различные иерархические организованные стадии. Во «всемогуществе», которое описывается как характерная черта патологии архаичных объектных отношений (М.Кляйн, Розенфельд, Кернберг), мы можем видеть настойчивое самоуверенное ожидание того, что потребности этих Я-объектов будут удовлетворены. Если потребности архаических Я-объектов настойчивы, то прерывается дифференциация, интеграция и консолидация структур Я и линия развития отношений Я-объектов. Таким образом, архаические плохо дифференцированные и интегрированные Я-объекты продолжают быть необходимыми, ожидаемыми и используются как заменители отсутствующей психологической структуры (Brandchaft, Stolorow, 1984, p. 108— 109).

Таким образом, отношение к аналитику формируется обширными бессознательными ожиданиями, которые, похоже, требуют совершенно иного осмысления, чем то, которое задал Фрейд своей аналогией с зеркалом. Хотя Кохут (Kohut, 1984, p. 208) подчеркивает, что он применяет психоаналитический метод даже в еще более строгом смысле, чем это предписывается базовой образцовой техникой Эйсслера, по-видимому, интерпретация переноса Я-объектов дает пациенту очень много поддержки и признания. Подробнее этот вопрос мы будем рассматривать в четвертой главе.

Все опасения, выраженные в этом достаточно полном изложении споров, обоснованны, поскольку всегда просто доказать, что аналитик упустил возможность интерпретации переноса. Мы считаем, что эти споры можно поднять на продуктивный уровень обсуждения, если признать их разные теоретические допущения и преодолеть ортодоксальность разнообразных школ.

Последователи Кляйн, эйсслеровской базовой образцовой техники и Кохута расходятся в своих взглядах на типичное содержание переноса. В то же самое время последователи этих школ не могут оторваться от своего собственного пуристского понимания переноса.

Сам по себе тот факт, что каждая из школ описывает свои типичные виды переноса, говорит в пользу влияния аналитика на содержание переноса, но сами школы не делают никаких выводов из этого факта. Совершенно очевидно, что тогда произошел бы сдвиг в сторону относительности — то есть к признанию собственной точки зрения аналитика. Поле переноса по-разному размежевано, вспахано и обработано различными теориями и соответствующими им техниками лечения. Перенос определяется через неперенос, и наоборот. Поэтому для теории и практики необходимо, чтобы теории переноса, ориентированные на прошлое, были дополнены. Это так же понятно, как и то, что строгие школы отрицали независимый от переноса рабочий альянс, так как признание его означало бы замещение интрапсихической модели переноса и терапии концептуализацией взаимодействия. В психоаналитической практике, которая независима от школы, эти вопросы давно решены. А споры между Сандлером и Рэнгеллом по поводу «здесь-и-теперь» в интерпретации переноса скорее больше касаются техники интерпретации, чем приоритетов в целом. Видимо, изменение подхода аналитика, спрашивающего теперь в первую очередь: «Что сейчас происходит?» — имеет огромные теоретические и терапевтические последствия, отражающиеся, например, на том, какое значение придается конструкции и реконструкции. Если рассмотреть полностью текущие отношения переноса в самом широком смысле, придется признать интеракционный биперсональный подход и, следовательно, влияние аналитика на перенос. Поэтому ошибочно говорить только о расширении концепции переноса. То, чем мы здесь располагаем, — это изменение перспективы, которая давно начала незаметно развиваться в психоаналитической практике. Отношения между «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там» всегда считались важными, хотя мы только недавно стали полностью сознавать, насколько сильно то, что происходит сейчас, подвержено нашему влиянию.

Невротические, психотические и психосоматические симптомы уходят корнями в историю жизни пациента, и наблюдение повторяющихся и усиленных конфликтов дает неоценимое понимание психогенетических и психодинамических связей. Терапевтически решающим является, как долго и с какой степенью внимания аналитик носит свои ретроспективные очки, когда он надевает свои очки для близкого чтения и где его взгляд задерживается дольше. Отношение между различными точками отсчета во многом определяет, что же считается переносом. Наконец, как насчет общего понимания переноса, в котором отношение к аналитику является центральным?

Интерпретации переноса можно делать на различных предсознательных или бессознательных уровнях этих объектных отношений. Точка зрения пациента углубляется и расширяется во время конфронтации с мнениями аналитика. Хотя идеалом является взаимное общение, влияние аналитика может стать огромным, если он придерживается расширенной общей точки зрения на перенос (трансферентные отношения). Поэтому Балинт критиковал стереотипные интерпретации переноса, которые делают психоаналитика всемогущим, а пациента чрезвычайно зависимым. Мишенью этой критики была техника Кляйн, в которой отношения переноса рассматривались исключительно как повторение. Чем больше делается интерпретаций переноса, тем важнее внимательно отслеживать реально появляющиеся стимулы в отношениях «здесь-и-теперь» и не упустить из виду внешнюю реальность пациента.

Мы надеемся, что показали необходимость признания рабочего альянса (реальных отношений, по Фрейду) как терапевтически существенного компонента аналитической ситуации и необходимость всегда принимать его во внимание. Иначе мы увязнем в парадоксе Мюнхгаузена: переносу придется тащить себя из болота за собственные волосы. Шимек (Schimek, 1983, p. 439) говорил о клиническом парадоксе, когда перенос разрешается силой самого переноса. Ференци и Ранк уже обратили на это внимание в своей книге «Цели развития психоанализа» (Ferenczi, Rank, 1924, p. 22): невозможно, противоречиво по определению было бы использовать любовь пациента к врачу, чтобы помочь ему обходиться без этой любви.

Наконец, нам бы хотелось подчеркнуть, что мы не имеем дело с постоянными чертами личности, когда речь идет о способности пациента устанавливать рабочий альянс. Вклад аналитика в терапевтическую диаду может усилить или ослабить альянс. Э. и Г. Тихо (E. and G. Ticho, 1969) особо указали на взаимоотношения между рабочим альянсом и неврозом переноса. Люборски (Luborsky, 1984) с тех пор представил эмпирическое доказательство тому, что рабочий альянс оказывает решающее вли-

яние на курс и результат лечения. Доказательство изменения, к которому Фрейд (1909b) призывал из практических и теоретических соображений, оправдывает и ограничивает как диапазон психоаналитического метода, так и влияние, оказываемое психоаналитиком в силу его использования переноса — жизненно важной части аналитического процесса.

## 2.6 Новый объект как субъект: от теории объектных отношений к психологии двух персон

Фрейд говорил о «новом объекте» и «новой борьбе», которая, по его словам, выводит из переноса: первой фазой терапевтической работы является возникновение переноса в ходе освобождения либидо от симптомов, второй фазой является борьба за новый объект — аналитика (1916/17, р. 455). Ясно, что новизна этой борьбы заключается в новом объекте, качества которого были особенно тщательно исследованы Лёвальдом (Loewald, 1960). Можно говорить о продуктивном для психоанализа духе времени, так как оказавшая большое влияние книга Стоуна (Stone, 1961) об аналитической ситуации появилась почти в то же самое время. Мы считаем, что путь от нового объекта должен неизбежно привести к признанию того, что субъект участвует как наблюдатель и интерпретатор и руководствуется своими субъективными чувствами и теорией. Груз терапевтической работы несет не новый объект, но личность, психоаналитик. Посредством своих интерпретаций аналитик показывает шаг за шагом пациенту, как он его видит, позволяет ему по-другому увидеть себя, достичь новых инсайтов и изменить свое поведение. Новый субъект оказывает обновляющее влияние на пациента. Как могло бы внушение в качестве части переноса, подлежащей устранению, осуществить это изменение? Повторы не прекращаются оттого, что пациент может «выговориться» в состоянии возвышенного интерпретативного внушения. Но именно таким образом пришлось бы объяснять терапевтические изменения, если влияние психоаналитика рассматривать в русле аналогии переноса и внушения.

Фрейд проводил такие аналогии и тем самым внес свой вклад в искажения, которые отсрочили более глубокое понимание терапевтической функции нового субъекта[1]. Конечно,

[1]Личность врача, с которой у пациента установлено «должное взаимопонимание» и «эффективный перенос», в теории Фрейда является только «одним из образов людей, с которыми у пациента установлены любовные отношения» (Freud, 1913c, р. 139—140).

субъект используется и в качестве объекта, как заметил Винникотт (Winnicott, 1971). Перенос происходит на объект. Терапевтическая проблема состоит в прекращении повторения, прерывании невротического, усиливающего самого себя порочного круга. Теперь существует двое людей, которые могут действовать самокритично. Для разрыва порочного круга навязчивого повторения существенно, чтобы пациент мог обнаружить новый материал в объекте (Loewald, 1960). Аналитику как личности по большому счету либо совсем, либо частично не удается удовлетворить ожидания пациента в определенных областях, особенно в области его симптомов и конкретных жизненных затруднений, которые прежде всего исполнялись посредством бессознательных направляющих механизмов[1].

Поскольку психоаналитическая теория влечений говорит об объекте и такое словоупотребление принято также в психологии объектных отношений, легко упускается из виду тот факт, что мы имеем дело с живыми существами, с людьми, которые эмоционально влияют друг на друга. Психоаналитик предлагает, по крайней мере имплицитно, решение проблем, даже не говоря о них, когда он считает, что он обсуждает только лишь перенос и ничего более. Сегодня благодаря многим скрупулезным исследованиям техники Фрейда, которую критически изучил и интерпретировал Кремериус (Cremerius, 1981b), нам известно, что у основателя психоанализа была в целом плюралистическая концепция лечения и он использовал широкий спектр терапевтических средств. Однако революционное значение помещения в наблюдение и терапию терапевта как субъекта оставалось скрытым, потому что связанные с этим серьезные проблемы ложились тяжелым бременем на психоаналитическую теорию и практику. Только в последние десятилетия стало возможным решение этих проблем (см., например: Polanyi, 1958)[2]. Фрейд сразу же попытался опять исключить субъекта и отодвинуть его вовне области «психоаналитической технологии» (Wisdom, 1956; см. гл. 9). Субъект снова всплывает на поверхность в дискуссии о технике лечения, на этот раз сведенный к контрпереносу, кото-

---

[1] Фрейд постоянно объясняет «новое» на основе биографических паттернов — детской веры, одним из примеров чему является следующее: «Это личное влияние является нашим самым сильным динамическим оружием. Это то *новое*, что мы вводим в ситуацию и при помощи чего мы приводим ее в движение... невротик приступает к работе, потому что верит аналитику... *Ребенок* тоже доверяет только тем людям, к которым он привязан» (Freud, 1926e, p. 224—225; курсив наш).

[2] В хорошо написанном «Введении в предмет медицины» Вайцзэкера недостает методологии, которая могла бы разрешить терапевтические и теоретические проблемы, связанные с особым межличностным взаимодействием в психотерапии.

рый следует минимизировать объективности ради. Фрейд оставил субъекта во внетехнической области, там аналитик как реальная личность в теории техники и оставался почти до последнего времени. Однако теперь происходят трансформации, которые меняют терапевтическую и теоретическую парадигму Фрейда. На новую почву ступил Гилл (Gill, 1983) со своей работой «Точка зрения психоанализа: разрядка энергии или личность?» Он убедительно призвал к интеграции межличностного и внутриличностного взаимодействия и к синтезу теории влечений и теории объектных отношений. Только одно то, что автор, который три десятилетия назад вместе с Рапапортом (Rapaport, 1959) развивал метапсихологические взгляды, теперь смотрит на личность как на нечто более важное, чем разрядка энергии, а на все остальное как подчиненное, дает пищу для размышлений. Более важно, конечно, то, что психологические наблюдения с точки зрения первостепенности личности, или, вернее, с точки зрения концепции Гилла о взаимодействии между личностями, меняются и каким образом они меняются.

Краеугольные камни психоанализа — перенос и сопротивление — были заложены в основание идеализированной научной «беспристрастности» (Polanyi, 1958, p. VII), и устранение возникающих в результате ошибок лишь повышает прочность всей постройки.

Как мы знаем из работы Лампль-де-Гроот (Lample-de-Groot, 1976), Фрейд действовал на двух терапевтических уровнях, иногда на уровне реальных отношений, а иногда на трансферентном. Лампль-де-Гроот пишет, что ей было ясно, когда Фрейд говорил с ней как с реальным лицом и когда — как с объектом переноса. Различие между этими двумя аспектами должно быть очень четким, поскольку трансферентные отношения не только сами по себе являются сложными системами, но между ними есть и тесная взаимосвязь. Это подняло много теоретических и практических проблем, для которых Фрейд находил монадическое решение в модели идеальной терапии и диадическое решение на практике.

Утверждение плюралистического взгляда в теоретической парадигме, а не только его использование на практике, означало исследование разнородного влияния психоаналитика на пациента (и наоборот). Для этого не было создано никакой модели. В последние годы достоянием общественного знания стало то, как Фрейд практиковал психоанализ. Пущенная в оборот модель была монадической, которую последователи Фрейда очистили с целью достижения самой чистой формы переноса. Фактически ни в одной из работ Фрейда нет подробного рассмотрения актуальных «реальных отношений». Влияние аналитика прослеживается до его предшественников в истории жизни пациента, то есть до родителей, и обозначается термином «допустимый пере-

нос». Это должно было привести к путанице (Sandler et al., 1973). По-видимому, реальные отношения находятся в оппозиции к переносу и он им угрожает: утверждается, что интенсивный перенос может вырвать пациента из реальных отношений с врачом (Freud, 1912b, р. 105; 1916/17, р. 443). Этот вопрос, сопровождаемый глобальными описаниями и негативными характеристиками (искажение реальных отношений переносом), до сих пор не решен. Поэтому позднее Фрейд добавляет, что любые хорошие (терапевтические) отношения следует рассматривать как перенос; что-то может основываться и на реальности (Freud, 1937c, р. 221). Мы не в состоянии описать что-либо новое, включая новые компоненты стратегий решения проблем. А.Фрейд (A.Freud, 1937) отмечает, что мы описываем в аналитической ситуации все, что *не* является новым, как перенос. Поэтому время от времени подчеркивается спонтанность невроза переноса, который, с ее точки зрения, создается не врачом. «Отмена» («Aufhebung»), «уничтожение» («Vernichtung») (Freud, 1905е, р. 117) невроза переноса приведут и должны привести в действительности к устранению симптомов, поскольку, как позднее высказался Фрейд (1916/17, р. 453), когда перенос «отсечен» («zersetzt») или «прояснен» («abgetragen») в соответствии с теорией, неизбежно будут достигнуты те внутренние изменения, которые создают успех. Только изредка в работах Фрейда попадается намек на то, насколько психоаналитик вносит свой вклад в решение проблем пациента и, следовательно, в его новые возможности, его свободу решений.

## 2.7 Признание актуальных истин

Большое беспокойство, охватившее Фрейда-человека, Фрейда-врача и Фрейда-ученого в связи с открытием переноса, так и не исчезло. Сделав это открытие в 1895 году, Фрейд подчеркнул жизненно важное терапевтическое значение переноса в послесловии к «Доре» («Анализ одного случая истерии» [1905е]), чье лечение закончилось в декабре 1900 года и как история случая записана в январе 1901 года. Именно в этой работе высказано представление о том, что мы разрушаем перенос, перенося его в область сознания. Позднее, в «Лекциях по введению в психоанализ» (1916/17), он писал, что мы должны «принудить» пациента совершить сдвиг от повторения к воспоминанию.

Это один из признаков того, что беспокойство Фрейда сохранялось. Проблема не решалась при помощи правил лечения, которые были в то время формализованы, хотя одной из их принципиальных целей было именно облегчение работы с пере-

носом. Агрессивность метафор Фрейда (отсечение, разрушение) показывает, что и его затронула актуальная истина ситуации, то есть реалистический компонент любого переноса. Существует много способов отрицания реалистических наблюдений пациента, и, хотя это звучит парадоксально, одна широко распространенная интерпретация переноса именно такова. Мы имеем в виду интерпретацию, которая предлагалась, когда пациент делал значимые наблюдения, реалистичные и, следовательно, в принципе потенциально верные. Вместо того чтобы принять наблюдения как правдоподобные или рассмотреть влияние реалистического наблюдения на бессознательное и его отражение в переносе, аналитик часто предлагает интерпретации, которые берут в расчет только искажения восприятия: «Вы думаете, что я откажусь от вас, как ваша мать, — я мог бы рассердиться, как ваш отец». Верно то, что смещение импульса на прошлое может оказать освобождающее влияние, потому что тем самым пациент освобождается в настоящем от импульса, чуждого его Я, как это описывала А.Фрейд (A.Freud, 1937). Однако очень важна форма, которую принимает интерпретация переноса. Если она построена так, как если бы пациент только все воображал в отношениях «здесь-и-теперь», то игнорируется истина ситуации в восприятии пациента. Часто это ведет к тяжелым переживаниям отвержения и к раздражению, в результате чего появляется агрессия. Если затем это интерпретировать как репринты или новые издания старых клише (Freud, 1912b, p. 99), возникнет ситуация, которую разбирала А.Фрейд. Она обратила внимание на то, что аналитик и пациент — это тоже два реальных человека равного взрослого статуса «в реальных личных отношениях друг к другу», и задалась вопросом, не является ли наше временами полное игнорирование этой стороны дела причиной некоторых враждебных реакций наших пациентов, «которые мы склонны приписывать только переносу» (A.Freud, 1954a, p. 618—619). Описанные Балинтом (Balint, 1968) артефакты, реактивно усиленные повторы, также предостерегают нас против нашего сегодняшнего самоудовлетворения. Важно не только воздействие реальных личных отношений на процесс лечения, но также и признание огромного влияния аналитика на перенос. Мы больше не можем игнорировать тот факт, что «лицемерие профессиональной практики», на которое нам указал Ференци (Ferenczi, 1964 [1933]), может даже приводить к невротической деформации переноса. Фрейд (1937d) полагал, что некоторые «исторические [в смысле истории жизни] истины» стоят даже за психотическим ошибочным восприятием реальности.

Значение для истории жизни этих исторических истин можно по крайней мере воссоздать. Актуальные же истины можно продемонстрировать ad oculos[1], и после их признания становится еще более ясным компонент переноса, на который повлиял или который вызвал аналитик. Страх, что принятие реалистического восприятия пациента может загрязнить перенос, вывести его за пределы просто признания, не обоснован. Напротив, благодаря вкладу пациента можно коснуться более глубоких истин. Если реалистическая правда ситуации принимается как таковая, то есть интегрируется техникой интерпретации как изначально самостоятельный элемент, то процедура ничем не отличается от той, при которой мы начинаем с дневных остатков и относимся к ним серьезно. Аналитик не раскрывает никаких подробностей своей личной жизни, не делает никаких признаний (ср.: Heimann, 1970, 1978; Thomä, 1981, p. 68). Атмосфера меняется при допущении того, что наблюдения пациента «здесь-и-теперь» в кабинете аналитика могут быть абсолютно точны. Согласно Гиллу, в случаях сомнений существенно важно предполагать по крайней мере правдоподобность наблюдений пациента по следующим причинам: никто не может объявить себя достигшим полного самопознания и способным контролировать действие своего собственного бессознательного. Поэтому следует быть открытым по отношению к тому, что пациенты могут замечать вещи, ускользающие от нашего собственного внимания. Любой спор о том, «кто прав», может закончиться тем, что пациент из-за своей зависимости отступит и поймет, что его замечания ad personam[2] не приветствуются. В такой ситуации аналитик не представляет собой хорошего примера самообладания и не проявляет желания принять чье-либо критическое мнение как отправную точку для самокритичных размышлений. Гилл и Хоффман (Gill, Hoffman, 1982) показали, что возможно систематически исследовать влияние аналитика на форму, которую принимает перенос.

Надо отказаться от идеала чистого зеркального отражения не только потому, что он недостижим и может с эпистемологической точки зрения привести только к путанице; с психоаналитической точки зрения стремиться к этой фата-моргане должно быть даже терапевтически вредно, потому что пациент может переживать чистое зеркальное отражение своих вопросов как отвержение. Иногда это не просто воображение пациента, что его наблюдения и вопросы скучны, если не хуже (см. разд. 7.4). Зеркальное отражение вопросов переживается как увертка, ре-

---

[1] Наглядно *(лат.)*.

[2] По поводу лиц *(лат.)*.

альные истины обходятся. Пациенты, которые предрасположены к такой реакции, испытывают злокачественную регрессию, в ходе которой историческая правда тоже деформируется, потому что ставятся препятствия реалистическому восприятию настоящего. Хотя кажется, что пациент говорит все, что приходит ему в голову, предсознательно он отмечает чувствительные точки психоаналитика и бессознательно их избегает. Часто это не иллюзия и не трансферентное чувство; пациент не только *чувствует*, что тот или иной вопрос может не приветствоваться, — его критические и реалистические наблюдения часто *действительно* не приветствуются. Нельзя должным образом работать с этими проблемами, если собственный нарциссизм препятствует признанию правдоподобности реалистических наблюдений. Если, с другой стороны, мы стремимся основывать нашу технику на реалиях ситуации и ее влиянии на перенос, то это существенно меняет дело. Такое изменение подхода может не только повлиять на климат, но также облегчить установление терапевтически эффективных отношений, поскольку «здесь-и-теперь» приобретается новый опыт и это противоречит ожиданиям переноса. Сейчас естественно будет дать особое истолкование утверждению Фрейда, цитировавшемуся выше, по поводу того, что конфликты достигают самого высокого психического уровня и таким образом упраздняются: признание аналитиком реалистического восприятия позволяет пациенту достичь полноты психических актов и соглашения с субъектом-объектом, что является одной из наиболее важных предпосылок для формирования постоянства объекта и нахождения Я. Способность достигать полноты психических аспектов таким способом характеризует подлинные терапевтические эффективные переживания в психоаналитической ситуации.

Если, однако, интерпретации аналитика обходят настоящее реалистическое восприятие или приписывают ему искажения, то будут иметь место неблагоприятные последствия для нового «искусственного невроза», который Фрейд называл также неврозом переноса. То, с чем мы здесь сталкиваемся, — это не что иное, как попрание любви к истине, к которой стремился Фрейд (1937с, р. 248), признавая реальность. Однако сама проблема того, как аналитик признает реалистическое восприятие пациента, до сих пор еще не разрешена никаким развитием техники лечения. Точно так же, как отрицание исторической правды лежит в основе психотических процессов, хаотические разновидности невроза переноса или даже психозы переноса могут оказаться результатом непризнания фактической истины. В соответствии с психоаналитической теорией суммирование бесконечного числа бессознательно регистрируемых случаев отвержения реалистического восприятия может привести к частичной

потере ощущения реальности. Следовательно, едва ли можно сомневаться в том, что то, как аналитик оформляет невроз переноса, также оказывает влияние на результат лечения и более или менее проблематичное разрешение переноса. Фундаментальные трудности в разрешении переноса, которые выходят за пределы индивидуального случая, возможно, связаны с огромной недооценкой влияния на ход лечения терапевтических отношений «один-на-один».

## 2.8 «Здесь-и-теперь» в новой перспективе

Мы попытались показать, что аналитическая ситуация включает сложные процессы, влияющие на обоих участников. Следовательно, систематические исследования методологически трудны. Как реальная личность, контрперенос, теории и латентная антропология аналитика воздействуют на пациента — все это нельзя охватить во всей целостности ни клинически, ни теоретически. Поэтому время от времени возникает типичная дилемма: нельзя использовать сложную реальную личность как инструмент в технике лечения, но, с другой стороны, исследование лишь одного аспекта — «здесь-и-теперь» — не отвечает сложности сиутации. Трудные ситуации являются настоящей проверкой мастерства! Количественные и качественные исследования Гилла и Хоффмана (Gill, Hoffman, 1982) сосредоточены на теме сопротивления переносу, включая вклад аналитика в его генезис и в его изменение «здесь-и-теперь». Надо подчеркнуть оба аспекта этого сопротивления. «Здесь-и-теперь» самоочевидно, так как терапевтическое изменение возможно только в текущий момент, в настоящем. Конечно, теория Гилла и Хоффмана тоже предполагает, что сопротивление (и перенос) возникает частично в прошлом, но они подчеркивают ситуационные реальные аспекты генезиса сопротивления. Они приводят следующий довод в пользу придания меньшего значения реконструированному объяснению: в психоаналитической технике обходился вниманием вклад аналитика в перенос и сопротивление. Реконструкция генезиса переноса тоже должна исходить из ситуации «здесь-и-теперь». По нашему мнению, можно подойти к более ранним детерминантам невротического, психосоматического и психотического состояний терапевтически эффективным и теоретически убедительным образом, если только всегда, даже устанавливая причинные связи, начинать с факторов, которые поддерживают это состояние «здесь-и-теперь». Именно это стоит в центре теории Гилла и Хоффмана. Примечательно, что ситуация «здесь-и-теперь» — основной стержень терапии — только недавно заявила во всеуслышание о своем заслуженно выдающем-

ся положении. Одновременное расширение концепции переноса, который теперь многими аналитиками понимается как вся совокупность объектных отношений пациента к аналитику, уже описано выше в разделе 2.5 как признак радикального изменения. Ретроспекция и оживление воспоминаний всегда служили разрешению этих объектных отношений, чтобы расширить перспективу для будущего. Хотя в традиционном понимании переноса преобладало повторение, нам бы хотелось процитировать два поразительных места из Фрейда. По нашему мнению, только сейчас в полной мере становится понятным их терапевтический и научный потенциал. Мы читаем в «Воспоминании, повторении и проработке»:

> Таким образом, перенос создает промежуточную область между болезнью и реальной жизнью, через которую совершается переход из одной в другую. Новые условия переняли все черты болезни; но это представляет собой искусственную болезнь, которая в любой точке доступна нашему вмешательству (1914g, p. 154).

А в «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд пишет:

> Начало лечения не означает конца этого развития; однако, когда лечение овладело пациентом, происходит так, что вся новая продукция его болезни концентрируется в одном — в его отношении к врачу. Поэтому перенос можно сравнить с камбиальным слоем дерева между древесиной и корой, из которого образуется новая ткань и увеличивается объем ствола. Когда перенос достиг этого значения, работа над воспоминаниями пациента направляется далеко в его прошлое. Следовательно, можно сказать, что нас больше занимает не первоначальная болезнь пациента, а только вновь созданный и трансформированный невроз, который занял место последней (1916/17, p. 444).

Неудивительно, что смысл этих сравнений до сих пор приводит психоаналитиков в замешательство. Если переводить эти метафоры в практику и рассматривать перенос как камбий — ткань растения, способную делиться в течение всей жизни, — тогда рост и разрастание переноса во всех его формах и содержаниях становится величиной, которая также зависит от влияния аналитика. В самом деле, в терапевтической практике все аналитики начинают с настоящего, с происходящего «здесь-и-теперь». Они создают или воссоздают, интерпретируют прошлое в свете понимания, достигнутого в настоящем. Мы реконструируем ту составляющую переноса, генезис которой мы предполагаем в прошлом, начиная с происходящего «здесь-и-теперь». В настоящее время прозвучала относящаяся к этому дискуссия о психоаналитическом повествовании, в которой крайние позиции занимают Шафер (Schafer, 1982) и Спенс (Spence, 1982).

Поскольку люди с самого младенчества ориентированы на окружающую среду и поскольку психоаналитически мы обнару-

живаем объекты даже в нарциссических фантазиях, если это Я-объекты Кохута на совершенно бессознательном уровне, перенос не может быть не чем иным, как объектными отношениями. По поводу таких трюизмов никогда и не поднималось никакого шума (см.: Sterba, 1936). Даже Нунберг, который рассматривал оформление аналитической ситуации как очень близкую аналогию гипнотической привязанности пациента к врачу, отдал должное переносу как автономным объектным отношениям.

До тех пор... пока в переносе желание и влечение направлены на объекты внешнего мира... перенос независим от навязчивости повторения. Навязчивость повторения указывает на прошлое, перенос — на действительность (реальность) и, следовательно, в каком-то смысле, на будущее (Nunberg, 1951, p. 5).

Вклад аналитика в перенос придает последнему качество процессуальности. Как в генезисе, так и в процессе переноса к проявляющим и обновляющим обстоятельствам аналитической ситуации следует относиться даже еще серьезнее, чем к прошлому и его частичному повторению, потому что возможность изменения, а следовательно, и будущего развития пациента и его болезни существует только в настоящем. В расширении модели терапевтического процесса за последние десятилетия центральным является решение проблемы, которая описана Гиллом:

При всей важности признания различия между технической и личной ролью аналитика, я думаю, что современная тенденция к полному растворению этого различия является признаком более фундаментальной проблемы — неудачи признания важности реального поведения аналитика и реалистического отношения пациента и того, как их следует учитывать в технике (Gill, 1982, p. 106).

Реконструкция теперь становится тем, чем она всегда была на практике: средством достижения цели. Приспособление работы с переносом к целям психоаналитического процесса — структурному изменению и логически связанному с этим изменению в симптоматике есть sine qua non[1] этой аргументации. Влияние пациента заставляет сомневаться в объективности наших выводов (Freud, 1916/17, p. 452), но это сомнение можно снять. Фрейд интерпретировал терапевтическую эффективность как доказательство валидности своих теоретических положений. Когда сопротивления успешно преодолены, изменения (в симптоматике) являются необходимым и эмпирически верифицируемым результатом, выходящим за пределы переживаний, свидетельствующих о просто субъективной истине, и это является открытием двух участников психоаналитического процесса. Пси-

[1] Непременное условие *(лат.)*.

хоаналитическое влияние оправдано очевидностью изменения, которое можно теоретически объяснить, особенно когда влияние само по себе становится объектом размышления и интерпретации. В интерсубъективном процессе интерпретации, имеющем отношение к тем сознательным и бессознательным «ожиданиям» (Freud, 1916/17, p. 452) со стороны пациента, которые аналитик предполагает на основе имеющихся данных, это влияние принципиально нельзя игнорировать. Как намерение, ориентированное на цель, оно является частью любого терапевтического вмешательства. Если с самого начала аналитик вносит свой вклад в перенос с полным знанием о своей функции как нового субъекта-объекта, происходит важное углубление и расширение терапевтической парадигмы психоанализа, которая достигает полного размаха. Дискуссия между Грюнбаумом (1982) и М.Эдельсоном (1983) показывает, что остаются еще существенные нерешенные проблемы.

Чтобы сполна отдать должное интерсубъективности или психологии двух персон в *психоаналитической технике*, необходимо выйти за пределы как традиционных теорий объектных отношений, так и модели разрядки влечений. Все объекты, существенно важные для человека, с самого начала выстроены в межличностном пространстве, которое искажается витальными удовольствиями («Vital pleasures») (G.Klein, 1969), и все же их невозможно тесно связать с моделью разрядки влечений. В своем блестящем исследовании Гринберг и Митчелл (Greenberg, Mitchell, 1983) показали, что модель влечения—структура и модель отношения—структура несовместимы. Поэтому представляется логичным искать способы их интеграции на новом уровне.

В четвертой главе мы остановимся на фундаментальных подходах, которые здесь обсуждались, при изложении типичных форм переноса и сопротивления, включая изначальные черты, специфические для различных школ, и мы используем их, чтобы лучше понять психоаналитический процесс (гл. 9) и интерпретирование переноса (разд. 8.4). Из чисто теоретических соображений можно сделать вывод, что по крайней мере так называемый допустимый перенос разрешить нельзя, но лишь недавно в исследованиях эмпирически было показано, как сильно зависит результат терапии от способа обращения с переносом с самого начала.

# 3 Контрперенос

## 3.1 Контрперенос: Золушка в психоанализе

Фрейд рассматривал контрперенос, даже когда он впервые обнаружил его (1910d), как нечто динамически связанное с переносом пациента: он возникает «как результат влияния пациента на бессознательные чувства врача». Фрейд подчеркивал, что «ни один психоаналитик не продвигается дальше, чем позволяют его собственные комплексы и внутренние сопротивления» (1910d, p. 144). Поэтому аналитику необходимо пройти обучающий анализ, чтобы освободиться от своих «слепых пятен».

Из-за того что рекомендации Фрейда по технике лечения, выраженные в таких замечательных метафорах, как «отражать подобно зеркалу», «действовать подобно хладнокровному (gefühlskalter) хирургу», были поняты буквально, контрперенос сохранял негативный смысл в течение десятилетий. Фрейду пришлось придать огромное значение «психоаналитическому очищению» (1912e, p. 116) еще и потому, что его беспокоили опасности, которым может подвергнуться психоаналитический метод из-за неправильного использования, а также из научных соображений. Тот факт, что «поправка на личность аналитика» (Freud, 1926e, p. 220) будет все равно существовать даже после того, как он овладеет контрпереносом (то есть в идеале исключит его), с сожалением принимался как неизбежность. Фрейд смог успокоиться на том, что нельзя исключить из наблюдения поправку на личность[1] даже в астрономии, где она и

[1]Фрейд знал о том, что эта концепция произошла из астрономии. Известный случай, который привел к открытию поправки на личность, произошел с астрономами Маскелином и Киннебруком. Маскелин, директор обсерватории, уволил в 1796 году своего ассистента, потому что последний всегда отмечал прохождение звезд более чем на полсекунды позднее, чем он сам. Он не мог себе представить, что наблюдатель, в равной степени внимательный, пользующийся тем же самым методом, может систематически регистрировать другое время. Только позднее, через двадцать шесть лет, Бессел доказал такую возможность и, таким образом, разрешил противоречие и способствовал тому, что Киннебрук спустя некоторое время был наконец реабилитирован. Как писали Рассел и др. (Russell et al., 1945), «эта поправка на личность является чрезвычайно мучительной ошибкой, потому что она варьируется в зависимости от физического состояния наблюдателя, а также от природы и яркости объекта».

была обнаружена. Однако Фрейд надеялся, что обучающий анализ придет к такому уравновешиванию поправки на личность, что однажды аналитики придут к согласию.

Эти причины были решающими факторами в очень непохожих историях концепций переноса и контрпереноса. Только гораздо позднее эти отдельные пути сошлись в понимании того, что «мы имеем дело с системой отношений, в которой каждый фактор является функцией другого» (Loch, 1965a, p. 15). Нейро (Neyraut, 1974) пришел к такому же заключению в своем исследовании «Le Transfert» («Перенос»). Кемпер (Kemper, 1953) говорил о переносе и контрпереносе как о «функциональном единстве». Еще раньше Флисс (Fliess, 1953) пришел к тому, чтобы рассматривать некоторые явления переноса как реакции на контрперенос аналитика. Их взаимодействие также подчеркивалось Мёллером (Moeller, 1977).

В то время как перенос за короткое время превратился из основного препятствия в самый мощный ресурс лечения, контрперенос сохранял свой негативный образ почти сорок лет. Он противоречил утвержденному временем научному идеалу, которому был предан Фрейд и который был для него важен как по причине личного убеждения, так и ради репутации его противоречивого метода. В истории науки аналогию с зеркалом можно обнаружить уже в учении об идолах Фрэнсиса Бэкона (Bacon, 1961 [1620]), и там тоже она связана с понятием объективности, а именно с тем, что истинная природа обнаруживается после очистки наблюдателя — отражающего зеркала — и исключения всех субъективных элементов. Это привело к требованию устранения контрпереноса, то есть слепых пятен на зеркале и других недостатков. Требование преодолеть невротические конфликты, и особенно их проявление по отношению к пациенту в контрпереносе, привело к откровенно фобическому отношению аналитиков к своим собственным чувствам.

Фрейд адресует свои рекомендации молодому и амбициозному аналитику, который начинает лечить при помощи настоящего психоанализа, а не внушением. Он также советует не слишком полагаться на собственную индивидуальность; хотя искушение, конечно, огромно.

Можно было бы ожидать, что будет вполне позволительно и в самом деле полезно для преодоления существующих сопротивлений пациента, если врач поделится с ним некоторыми представлениями о своих собственных душевных дефектах и конфликтах и, предоставляя интимную информацию о своей собственной жизни, поможет ему совершить подобный же шаг. Одно признание заслуживает другого, и любой, кто требует интимности от другого, должен быть готов к ответной откровенности. Но в психоаналитических отношениях часто происходит совсем не то, что соответствует ожиданиям психологии сознания. Опыт свидетельствует не в пользу такого рода аффективной техники. Нетрудно увидеть и то, что это

предполагает отход от психоаналитических принципов и приближается к лечению внушением. Это может скорее и с меньшими трудностями стимулировать пациента на то, о чем он уже знал, но не высказывал бы еще какое-то время в силу конвенционального сопротивления. Но эта техника никак не помогает в раскрытии того, что не осознается пациентом. Она даже еще уменьшает его способность преодолевать свои более глубинные сопротивления, а в более тяжелых случаях будет неизменно терпеть неудачи, так как стимулирует ненасытность пациента: ему хочется перевернуть ситуацию и он находит, что анализ врача интереснее, чем свой собственный. Разрешение переноса — одна из основных задач лечения — тоже затрудняется при интимном отношении со стороны врача, так что все, что достигается поначалу, в конце концов превращается в свою противоположность. Поэтому можно без колебаний считать этот вид техники неправильным. Врачу следует быть непроницаемым для своих пациентов, и, подобно зеркалу, ему не следует показывать ничего, кроме того, что показывают ему. Верно, что на практике ничего нельзя возразить против того, чтобы определенную участь анализа психотерапевт сочетал с некоторым гипнотическим влиянием с целью достижения видимого результата за более короткое время — так, как это необходимо, например, в лечебных учреждениях, — но с полным правом можно настаивать на том, что у него самого не должно быть никаких сомнений по поводу того, что он делает, и ему следует знать, что его метод не является подлинным психоанализом (Freud, 1912e, p. 117—118).

Разница между тем, что может делать психотерапевт, и тем, что может делать психоаналитик, или между психотерапией и психоанализом, и сегодня сохраняет свое значение, и самым простым способом разъяснения различий может быть использование правил. Весь комплекс того, что может оказывать влияние, стал ассоциироваться с контрпереносом, что создает огромную практическую и теоретическую проблему. Следовательно, страх контрпереноса является не только личным делом; профессиональная ответственность аналитика требует от него избегать неблагоприятного влияния, которое воплощает контрперенос. Контрперенос был Золушкой в психоаналитической технике, и другие его качества оставались втуне до тех пор, пока он не стал принцессой. Наверняка имелось предсознательное предчувствие его скрытых качеств задолго до того, как он получил официальное признание, но этот шепот не был услышан. Поэтому кажется, что превращение произошло за одну ночь. Восхищение, которым теперь пользуется принцесса, создает впечатление, что многие психоаналитики немедленно почувствовали себя освобожденными, точно так же, как это было после блестящей реабилитации нарциссизма Кохутом. Сила такого фобического избегания контрпереноса видна в том факте, что лишь через 30—40 лет после открытия Фрейдом контрпереноса (1910d, p. 144) этот предмет получил новое освещение в публикациях: А. и М. Балинтов (A. and M. Balint, 1939), Бермана (Berman, 1949), Винникотта (Winnicott, 1949), А. Райха (A. Reich, 1951), Коэна (Cohen, 1952), Гительсона (Gitelson, 1952), Литтла (Little, 1951). Особый вклад в этот предмет, который внесла Хайманн

(Heimann, 1950), стал позднее рассматриваться как поворотный пункт; ниже мы подробно рассмотрим эту публикацию.

История этой концепции (Orr, 1954; Tower, 1956) показывает, что с 1950-х годов существовало несколько предвестников вышеупомянутых публикаций. Неясность позитивных сторон контрпереноса видна по статье Дейч (Deutsch, 1926), которая отсутствует во всеобъемлющем исследовании Орра. Дейч опубликовала свои размышления о связи между контрпереносом и эмпатией; эту линию продолжил Рэкер (Racker, 1968). Статья Дейч называлась «Оккультные явления в психоанализе»; неудивительно, что эти идеи остались незамеченными! Никакого значительного влияния также не оказали публикации Ференци (Ferenczi, 1964 [1919]), Штерна (Stern, 1924), Ференци и Ранка (Ferenzci, Rank, 1924), Райха (Reich, 1933), А. Балинт (A. Balint, 1936).

Фенихель (Fenichel, 1941) сравнительно рано признал, что страх перед контрпереносом может привести к подавлению любой естественной человеческой эмоции в реакциях аналитика на пациента. Пациенты, прежде находившиеся на лечении у другого аналитика, часто выражали удивление по поводу свободы и естественности, присущих Фенихелю. Они считали, что аналитик — это некая особая личность и что ему не позволено быть человечным, хотя должно бы преобладать прямо противоположное впечатление. Необходимо, чтобы пациент всегда мог положиться на человечность своего аналитика (Fenichel, 1941, p. 74). Берман (Berman, 1949) также подчеркивал, что негативная оценка контрпереноса привела к ригидным антитерапевтическим отношениям. Оптимальный эмоциональный климат проявляется, как он считает, в тех клинических эпизодах, которые демонстрируют огромную терапевтическую важность заботы аналитика и его непритворного, искреннего интереса. Однако эта сторона психоаналитического процесса, которую помогли бы описать примеры многих достойных аналитиков, подается прежде всего личным и неформальным образом.

Этот богатый устно передаваемый опыт не принес плодов, потому что правила Фрейда превратились в ритуал. Все же, поскольку трудности нашей профессии не меняются из поколения в поколение, неудивительно, что этой теме придавалось значение в истории психоанализа и она обсуждалась на всех важных симпозиумах, проводившихся Международной психоаналитической ассоциацией по психоаналитической технике за последние полвека. Диспуты по поводу предложений Фрейда по технике, впечатляюще проиллюстрированные аналогией с зеркалом, примерами эмоциональной холодности, нейтральности и инкогнито, регулярно повторяются, потому что каждый психоаналитик снова и снова подвергается всяческим испытаниям в сложных си-

туациях. Поэтому высоко ценятся те способы действия, которые обещают быть надежными и простыми в использовании. Хотя вполне понятно, что аналитики, особенно начинающие, слово в слово следуют за Фрейдом, к этому не стоит относиться просто как к неизбежному навязчивому повторению, которое происходит с каждым поколением психоаналитиков, когда они обращаются к буквальному смыслу его слов, вместо того чтобы принять во внимание их историческое значение.

Дальнейшее прояснение оснований терапии способствовало тому, что контрперенос предстал в новом свете. То, что многочисленные авторы одновременно независимо друг от друга работали в одном и том же направлении, свидетельствует о том, что назрело время для фундаментальных изменений.

Психоаналитическая техника в это время вошла в новую фазу своего развития (M. Balint, Tarachow, 1950). Прежде внимание в основном уделялось анализу переноса, то есть вкладу пациента в аналитический процесс. В этой новой фазе роль аналитика, особенно в отношении его контрпереноса, стала центром практического интереса.

В качестве примера всему этому мы приводили статьи Хайманн (Heimann, 1950, 1960) по следующим причинам:

1) Ее первый доклад (1950) отмечает поворотный пункт к широкому пониманию контрпереноса как охватывающего все чувства аналитика к пациенту.
2) В большей степени, чем другие авторы, Хайманн подчеркивала положительную ценность контрпереноса как существенной помощи в диагностике и даже как инструмента психоаналитического исследования. Она, кроме того, приписывала создание контрпереноса пациенту.
3) Таким образом, чувства контрпереноса были в определенном смысле деперсонализированы. Признается, что они возникают у аналитика, но как продукция пациента. Чем полнее аналитик открывает себя контрпереносу, тем полезнее последний как помощник в диагностике. Хайманн вывела происхождение контрпереноса от пациента и сначала объяснила его как проективную идентификацию в смысле Кляйн.
4) Хайманн ввела всеобъемлющую концепцию контрпереноса, но после 1950 года сделала многочисленные критические замечания по поводу ее «неправильного понимания». К дальнейшему прояснению своей позиции ее стимулировали дискуссии, которые происходили в Гейдельберге и во Франкфурте в рамках исследований процесса интерпретирования, инициатором которых был Томэ (Thomä, 1967b). Вслед за этим были опубликованы ее работы, посвященные когнитивным процессам у аналитика (Heimann, 1969, 1977). Хотя в конце концов она так дистанцировалась от тезиса, что контр-

перенос является созданием пациента, что даже выразила сомнение, что вообще когда-либо делала подобные утверждения (в личной беседе с Б. и Х. Томэ 3 августа 1980 года), эта идея уже жила самостоятельной жизнью.

Мы считаем правильным упоминать здесь о таких личных воспоминаниях потому, что большинство аналитиков проходят процесс познания, полный конфликтов, который становится все более трудным с возрастанием длительности обучающего анализа. Хайманн является типичным тому примером. Лишь в одной из своих последних публикаций она высказалась в пользу терапевтической эффективности контрпереноса, не ссылаясь на проективную идентификацию и независимо от теории Кляйн.

Потребовалось особое акушерское мастерство, чтобы освободить эту Золушку от негативных коннотаций, которые с самого начала привязал к ней Фрейд. Концептуальные изменения приводят к глубинным профессиональным и личным конфликтам среди аналитиков, которые можно ослабить, если найти объясняющую связь с Фрейдом. У Хайманн были веские причины бережно, даже деликатно обращаться с контрпереносом. Сегодня мы знаем (King, 1983), что и Хоффер, и Кляйн горячо советовали ей не представлять свой доклад «О контрпереносе» (1950) на Международном психоаналитическом конгрессе в Цюрихе. Понятно, что она воспользовалась обычной уловкой, сказав: «На самом деле Фрейд тоже рассматривал этот вопрос подобным образом или всегда так поступал в своей практике; его просто неправильно поняли». Таким образом, она дипломатично указала на «неправильную трактовку» мнения Фрейда о контрпереносе и аналогии с зеркалом и хирургом. Неренц (Nerenz, 1983) недавно пошел еще дальше, утверждая, что неправильному пониманию Фрейда способствовала «легенда», в которой его всеобъемлющее понимание контрпереноса получило иное истолкование и свою широко принятую негативную коннотацию.

Конечно, еще в 1918 году даже Ференци говорил о сопротивлении аналитика контрпереносу. Ференци описал три фазы контрпереноса. В первой фазе аналитику удается достичь контроля над всеми своими действиями и речью, а также над своими чувствами, которые могли бы привести к каким-либо осложнениям. Во второй фазе он испытывает сопротивление контрпереносу и подвергается опасности стать слишком жестким и отвергающим; это задерживает установление переноса и даже иногда делает его достижение совершенно невозможным. «Только после преодоления этого этапа можно достичь третьей фазы, а именно контроля над контрпереносом» (Ferenczi, 1950 [1919], p. 188). В той же самой публикации Ференци точно описал оптимальное поведение психоаналитика как «постоянное колеба-

ние между свободной игрой фантазии и аналитическим, испытующим взглядом» (p. 189). Читатель удивится, обнаружив у Ференци, придающего, как никто другой, значение интуиции, следующее предложение: «С другой стороны, врач должен подвергать тщательному логическому изучению материал, который поставляют он сам и его пациент; и в своих действиях, и в своем общении он может позволить себе руководствоваться исключительно только результатами этой мыслительной работы» (p. 189).

Ретроспективно ясно, что даже описание Ференци трех фаз овладения контрпереносом не смогло снизить чрезмерную тревогу, которую он описал как неправильное отношение. Неопределенные замечания о «неправильном отношении» никак не могут повлиять ни на требуемую от аналитика способность контролировать свои чувства, ни на ее преувеличенную форму — сопротивление контрпереносу. Другими словами, если строгий контроль над чувствами вводится в качестве первого обучающего опыта, то совсем неудивительно, что в результате возникает чрезмерная тревога, которая сохраняется, даже когда она неоправданна. В любом случае описание Ференци контрпереноса оказало лишь минимальное положительное влияние на его использование. Психоаналитики последовали за фрейдовскими рекомендациями по технике слишком буквально.

## 3.2 Контрперенос в новом облачении

Не существует лучшего описания превращения Золушки в блистательную красавицу, чем следующая цитата из Хайманн с ее глубинным смыслом и соответствующими выводами: «Контрперенос аналитика является не только неотъемлемой частью аналитических отношений, но созданием (die Schöpfung) пациента. Это часть личности пациента» (Heimann, 1950, p. 83).

Если до сих пор контрперенос рассматривался как более или менее сильная невротическая реакция аналитика на невроз переноса пациента, которой следовало избегать, насколько это возможно, теперь он стал неотъемлемой частью аналитических отношений и, позднее, «всеобъемлющим» контрпереносом (Kernberg, 1965). По Хайманн, контрперенос включает все чувства, испытываемые аналитиком по отношению к пациенту.

Эмоциональная ответная реакция аналитика на пациента внутри аналитической ситуации представляет собой один из наиболее важных инструментов его работы. Контрперенос аналитика является инструментом исследования бессознательного пациента... Недостаточно подчеркивалось, что это отношения между двумя людьми. То, что отличает эти отношения от других, — это не присутствие чувств у одного партнера, пациента, и их

отсутствие у другого, аналитика, но, более того, это степень испытываемых чувств и польза, извлеченная из них, причем эти факторы взаимосвязаны (Heimann, 1950, p. 81).

Важно, что аналитик, в противоположность пациенту, не переводит возникшие у него чувства в действия, «не отреагирует». Эти чувства подчиняются задаче анализа, в котором аналитик действует как зеркало пациента.

Аналитик, наряду с этим свободно распределенным вниманием, нуждается в свободно возникающей эмоциональной чувствительности, чтобы следовать за эмоциональными движениями пациента и его бессознательными фантазиями. Наше основное положение заключается в том, что бессознательное аналитика понимает бессознательное пациента. Это взаимопонимание на глубинном уровне достигает поверхности в форме чувств, которые отмечает аналитик в реакции на своего пациента, в своем «контрпереносе». Это наиболее динамичный путь, когда голос пациента достигает сознания аналитика. Сопоставляя чувства, возникающие в нем самом благодаря ассоциациям и поведению его пациента, аналитик владеет наиболее ценными средствами для проверки того, понял ли он или не смог понять пациента (Heimann, 1950, p. 82).

Поскольку позднее сама Хайманн значительно сузила свою концепцию контрпереноса и хотела, чтобы эта область была проверена на практике с привлечением надежных критериев, мы на этом можем закончить рассмотрение данной темы. В психоанализе теории не только служат разрешению существенных проблем, но также занимают свое место в генеалогии или традиции. При помощи новой теории контрпереноса Хайманн, вполне возможно, пыталась пересмотреть конфликтующие позиции своих учителей — Райха и Кляйн. Благодаря своему контрпереносу аналитик слышит «третьим ухом», по Райху, и считается, что созданное пациентом достигает его через механизмы, описанные Кляйн.

Согласно теории, выдвинутой Кляйн и ее школой, способность аналитика к эмпатии зависит от осознания им процессов проективной и интроективной идентификации, которые лежат в основании психопатологии и которые бессознательно происходят у пациента. Это обосновывается следующим образом.

Параноидно-шизоидная и депрессивная позиции рассматриваются как необходимая предрасположенность при общей и — при определенных условиях — специфической психопатологии. Переход от «нормального» к «патологическому» постепенен и мягок. Из-за предполагаемой внутренней полярности инстинктов и вторичного значения опыта у каждого человека неизбежно развиваются обе позиции (в качестве бессознательного «психотического» ядра) и влияют на проективную и интроективную идентификации.

Место фиксации психотического заболевания располагается в параноидно-шизоидной позиции и в начале депрессивной позиции... Если депрессивная позиция достигнута и по крайней мере частично проработана, трудности, которые возникнут в дальнейшем развитии индивида, будут не психотической, а невротической природы (Segal, 1964, p. 61).

Поскольку депрессивная позиция бессознательно сохраняется, невроз неизбежно становится универсальным явлением. В силу общего присутствия этих позиций психоаналитический процесс равномерно продвигается в соответствии с доминированием той или иной позиции, до тех пор пока аналитик действует как чистое зеркало и обеспечивает развитие невроза переноса в виде проективной и интроективной идентификации. Эти два процесса определяют тип объектных отношений к внутренним и внешним объектам как для пациента, так и для аналитика.

Способность аналитика к эмпатии формально и по существу объясняется этими двумя аспектами идентификации (Segal, 1964). Эмпатия, метафорически представленная образом некоего приемника, приравнивается к контрпереносу (Rosenfeld, 1955, p. 193). Благодаря самовосприятию аналитик становится способным к прослеживанию происхождения определенных чувств вплоть до проекций пациента. Поэтому Бион заключает свою презентацию клинической виньетки следующими словами: «Необходимо отметить, что я в моих интерпретациях основывался на теории проективной идентификации Кляйн; сначала — чтобы выявить свой контрперенос, а затем — чтобы сформулировать интерпретацию, которую я дал пациенту» (Bion, 1955, p. 224).

Мани-Кёрл описал гладкий «нормальный ход» переноса и контрпереноса как довольно быстрые колебания между интроекцией и проекцией.

Когда пациент говорит, аналитик, как ему и следует, интроективно с ним идентифицируется и, поняв его изнутри, повторно его проецирует и интерпретирует. Но я считаю, что аналитик больше всего осознает проективную фазу — так сказать, фазу, в которой пациент является представителем этой последней, незрелой, или больной части себя, включая его поврежденные объекты, которые теперь он может понять, а потому воздействовать на них интерпретациями во внешнем мире (Money-Kyrle, 1956, p. 361).

Гринберг (Greenberg, 1979) описывает бессознательные ответы аналитика на проекции пациента как проективную контридентификацию.

Существенная и формальная связь эмпатии с процессами проективной и интроективной идентификации возникает только у тех аналитиков, которые лично «проработали» параноидно-шизоидную и депрессивную позиции и психоаналитически полно-

стью способны к познанию. По теории объектных отношений Кляйн при построении объектов, с точки зрения как формы, так и содержания, бессознательные фантазии (как продукция инстинктов) в отношении реальных лиц из собственного окружения отрицаются (см.: Guntrip, 1961, p. 230; 1968, p. 415; 1971, pp. 54—66). В соответствии с этим, аналитик лучше всего выполнит свою задачу, когда будет действовать как безличное зеркало или нейтральный интерпретатор (Segal, 1964). Кляйнианский психоаналитик связывает свою чисто интерпретативную технику с позицией максимальной нейтральности; у зеркала, так сказать, больше нет никаких слепых пятен в той степени, в какой аналитик достиг глубинного постижения своих собственных проективных и интроективных идентификаций. Кляйнианская школа может формально продолжать заявлять о своей способности применять чисто психоаналитическую технику даже в работе с пациентами, которые, по мнению других психоаналитиков, требуют разнообразия и модификации техники.

С научной точки зрения печально, что семейные связи внутри психоанализа допускают развитие новых идей только при вынесении за скобки хорошо обоснованной критики. Например, Хайманн игнорировала критику представлений Райха, которую выражал Гротьян (Grotjahn, 1950), так же как критику Бибрингом и Гловером учения Кляйн (Bibring, 1947; Glover, 1945). Тем не менее, несмотря на ту решительность, с какой Хайманн описала контрперенос как создание пациента, это не принесло достаточного раскрепощения. Через десять лет Хайманн пришлось выправлять отдельные недоразумения: «некоторые» обучающиеся психоаналитики начали делать интерпретации в соответствии с «чувством», цитируя ее статью в свою поддержку. Когда Хайманн высказалась критически, обучающиеся аналитики заявили, что они следуют ее новой концептуализации контрпереноса, и не выказали намерения проверять свои интерпретации на действительных событиях в анализе (Heimann, 1960). Хотя Хайманн достигла своей «главной цели — повергнуть призрак, «нечувствительного», бесчеловечного аналитика и показать операциональную значимость контрпереноса» (Heimann, 1960, p. 10), тем не менее необходимо, чтобы этот запрет сохранялся в каждом поколении, поскольку призрак появляется снова и снова. Несомненно, сегодня это проще, потому что прецедент создан выдающимся аналитиком. Но все же остаются другие вопросы, на которые надо отвечать, вопросы, которые не были поставлены Фрейдом в его теории контрпереноса, так как они казались несовместимыми с его подходом.

## 3.3 Влияние всеобъемлющей концепции и проблемы, с ней связанные

По-видимому, путь к интеграции контрпереноса вымощен искажениями в понимании, которые возникают не только у обучающихся аналитиков и вызваны не только неудачей проверки интерпретаций, основанных на контрпереносе в аналитической ситуации, как это указывает в своих критических замечаниях Хайманн. Новое понимание контрпереноса имело смысл в контексте фундаментальных проблем психоаналитической техники и, следовательно, привело к попыткам их разрешения. Под вопросом находится не больше не меньше, как когнитивный процесс самого аналитика — то, откуда берут начало его терапевтические действия и в особенности его отдельные интерпретации, и то, на чем они основаны. Призыв к интерпретациям, основанным на чувствах, без их верификации в аналитической ситуации и реальных событиях, базируется на том, что их обоснованность, то есть их валидность, сама собой разумеется. Если контрперенос завоевал статус центральной функции восприятия, то опасность, что ему будет приписана убедительная сила суждения, не так уж и мала.

Концепция контрпереноса, так, как ее трансформировала Хайманн, похоже, вступила в тесные отношения с «равномерно распределенным вниманием» (см. разд. 7.3). Но как же нам перейти от непредубежденного выслушивания к надежному знанию о том, что наши собственные физические ощущения, чувства, фантазии и рациональные рассуждения соответствуют бессознательным процессам пациента — независимо от того, происходит ли это благодаря соответствию или дополнительности? То, что Хайманн подняла контрперенос до уровня инструмента исследования, поддержало наивное представление о том, что прояснение происхождения фантазий аналитика само по себе обеспечивает надежные и валидные выводы о бессознательных процессах пациента. Однако как случилось, что «контрперенос» Хайманн и «эмпатия» Кохута — тесно связанные друг с другом инструменты, которым не скрыть свое происхождение от «третьего уха» Райха, — приводят к совершенно разным утверждениям о бессознательном пациента? Мы займемся происхождением и обоснованием интерпретаций, темой, которая по большому счету в психоанализе отрицалась, в десятой главе. Рейсс (Reiss, 1983) предпринял тщательное изучение проблем, которые надо решить, связывая происхождение эмпатии с взаимодействием.

Большое различие между, с одной стороны, утверждением, что контрперенос является сердцевиной аналитических отношений и созданием пациента, а с другой — доказательством этого

утверждения, упускается из виду. Тезис Хайманн, выходящий далеко за пределы того, чтобы просто одолеть призрак, и далеко за пределы реабилитации контрпереноса (включая его гипотетическую объясняющую основу в проективной идентификации), вместо этого рассматривается так, как будто он уже хорошо обоснован, даже в том, что касается очень специфических мыслей и фантазий, которые в отдельных случаях бывают и у аналитика. Мы обобщаем наши собственные исследования происхождения фантазий аналитика и *обоснованности* их трансформации в интерпретации, включая контроль в аналитической ситуации, которого требует Хайманн, в разделе 3.5. Если контрперенос используется как инструмент восприятия, мы частично имеем дело с решением этой проблемы, которую Хайманн описала как «контроль» над терапевтической ситуацией. Этот контроль, в смысле проверки, тем более необходим, потому что аналитику легко «поддаться искушению проецирования вовне некоторых особенностей своей собственной личности, которые он слабо воспринимает, в область науки в качестве теории, обладающей универсальной валидностью» (Freud, 1912е, р. 117), или приписать эти особенности пациенту, а не самому себе. Именно из-за того, что психоанализ пытается полностью использовать субъективность, как справедливо подчеркивал Лох (Loch, 1965а), аналитику очень важно осознавать эту субъективность, чтобы быть способным межличностно обсуждать свою личную теорию. Необходимо отличать контрперенос от личной теории аналитика; обсуждение может прояснить, какие теоретические положения действительно влияют на лечение.

Всеобъемлющая концепция контрпереноса, видимо, прежде всего ведет к следующим теоретическим и практическим последствиям. Не нарушая все еще валидного требования преодолевать слепые пятна контрпереноса во фрейдовском смысле, всеобъемлющая концепция пришла к связи с фрейдовской рецептивной моделью психоаналитического восприятия (см. разд. 7.3). Всеобъемлющая концепция оживила традицию, связанную с именем Райха. Одним из вторичных аспектов этой традиции является соотнесенное с ней представление о том, что эмпатическое восприятие — от бессознательного к бессознательному — не признает никакого дальнейшего обоснования, в то время как требуется лишь особое психоаналитическое понимание истины. Следует заметить, что культивирование этой традиции в психоанализе не ограничивается какой-либо отдельной школой.

Попытку психоаналитиков кляйнианской школы редуцировать фантазии психоаналитика, относящиеся к пациенту, до нескольких типичных механизмов и таким образом дать объяснение его эмпатии можно рассматривать как еще одно следствие всеобъемлющего взгляда на контрперенос.

Хайманн считала, что бессознательное пациента частично отражается в контрпереносе. Она связывала такую точку зрения с отношениями один на один в анализе. Представление о том, что собственные ощущения могут соответствовать ощущениям другого человека и быть инициированны ими, быстро перешло в область практики психоанализа. Оно распространилось как пожар, потому что на практике в психоанализе очень трудно осуществить тот контроль, которого требовала Хайманн. Сегодня особенно популярно рассматривать фантазии участников семинаров по технике как отражение бессознательного у пациента. Чем больше у участников идей, чем убедительнее ведущий определяет общую тему во всем многообразии обсуждения, тем продуктивнее эти семинары. Они очень близко подводят участников к фантазиям и бессознательным желаниям, скрытым за внешними проявлениями. Таким образом, совместное фантазирование о пациенте выполняет первичную дидактическую функцию, что каким-то образом тоже может способствовать успеху лечения. Это «каким-то образом», конечно, представляет трудность в решении этой проблемы, потому что очень редко выдвигаются тезисы, которые можно проверить, и потому что не существует никакой обратной связи с дальнейшим развитием обсуждавшегося случая. Вероятно, более точная клиническая верификация совершенно невозможна, так как можно себе представить бесконечное количество вариаций на данные темы.

Таким образом, мы столкнулись с дилеммой. С одной стороны, полезно, когда существует много размышлений, фантазирования на клинических семинарах, с другой — часто огромная дистанция разделяет проблемы и бессознательную мотивацию отсутствующего пациента. По поводу этой дилеммы мнения расходятся. Настоящее удовольствие от фантазирования можно получать только до тех пор, пока не возникнет вопрос о природе отношения ассоциаций участников к бессознательным мыслям отсутствующего пациента. Мы подчеркиваем отсутствие пациента, чтобы напомнить, что информация для участников семинара поступает только из вторых рук и что эта информация включает только то, о чем сообщил лечащий аналитик. Они смотрят в телескоп, система линз которого многократно преломила характеристики объекта. Наша аналогия проясняет, что невозможно проследить путь света без точного знания отдельных элементов системы. Чтобы узнать как можно больше о подходе лечащего аналитика, в психосоматической клинике при Гейдельбергском университете в 1960-х годах была введена традиция использования протоколов сеансов лечения; это дало возможность хорошо всмотреться в вербальное общение (Thomä, Houben, 1967; Thomä, 1967). Клювер (Klüwer, 1983) тоже ос-

новывает свои исследования отношений между переносом и контрпереносом в обсуждениях на семинарах на подробных протоколах лечения. Основные темы, обсуждавшиеся в лечении, влияют на мнения и суждения участников семинаров. Сеансы с депрессивным настроением стимулируют иные реакции, чем те, на которых пациенты позволяют аналитику приобщаться к их успехам и ищут его одобрения. До некоторой степени группа на семинаре является неким резонатором. Однако насколько валидна такая аналогия? Клювер утверждает, что на семинарах «взаимоотношения переноса и контрпереноса группы достигают через протоколы и прямые высказывания в обсуждении; там группа может уловить их быстрее, чем присутствующий аналитик» (Klüwer, 1983, p. 134). Это утверждение поддерживается положением, которое само требует доказательства, другими словами, здесь имеет место petitio principii[1]. Кроме того, Клювер добавляет, «что все рассматриваемые явления принципиально интерпретируются строго лишь по отношению к пациенту, а не по отношению к присутствующему аналитику» (p. 134). Эта процедура, конечно, обеспечивает гармонию в семинаре и расслабляет докладывающего терапевта, который говорит как бы не от своего собственного лица. В голосе аналитика слышен голос пациента.

Например, в критическом замечании участника семинара можно отследить чувства пациента, который транслировал свою агрессию через аналитика. Агрессия пациента достигает семинара посредством не замеченного аналитиком контрпереноса, где его можно зафиксировать после того, как он будет усилен этим резонатором. Наше схематическое описание проясняет, что требуется впечатлительность, граничащая с телепатией, чтобы перескочить через многие непроясненные трансформации и добраться до происхождения явлений переноса и контрпереноса. Однако резонатор может сделать даже это! Каждый инструмент полифонического оркестра имеет свой собственный резонанс. Каждый участник семинара по-своему усиливает тон пациента. Каким-то образом оказывается, что некий резонанс имеет большее отношение к пациенту, чем другой, и всегда существуют такие, которые так далеки от него, что практически не имеют к нему никакого отношения. Поэтому есть некоторые вещи, которые не имеют ничего общего с пациентом. Но кому в группе это известно? Либо дирижер, либо первый скрипач, либо выдающийся солист обеспечивает достаточную гармоничность резонанса. Происходят специфические групповые динамические процессы, которые очень далеки от пациента. Теория проектив-

---

[1]Предвосхищение основания *(лат.)*.

ной идентификации нередко придает сходство с научной валидностью идеям, которые являются продукцией резонанса, когда фактически только телепатические силы могли бы навести мосты между пробелами в информации. Эти критические комментарии имеют целью ограничить дидактическую ценность такого семинарского стиля, и в особенности потому, что такие семинары способствуют скорее вере в авторитет, а не научному мышлению.

Представление о том, что семинар является неким резонатором, распространилось, особенно в Германии, через балинтовские группы. В то время как сам Балинт из дидактических соображений соотносил идеи участников с пациентами, будучи дирижером семинаров, посвященных отдельным случаям анализа, он ненавязчиво вмешивался в резонанс и брал на вооружение то, что выглядело практически применимым. Мистика контрпереноса ни в коем случае его не привлекала; прежде всего она процветает в Германии и так же чужда прагматической «английской школе», как и «британским теоретикам объектных отношений» (Sutherland, 1980). Использование контрпереноса де М'Юзаном (de M'Uzan, 1977, p. 164—181) также строго ограничено аналитической ситуацией и тем, может ли пациент связать интерпретации аналитика со своим собственным опытом. Согласно де М'Юзану, интенсифицирование чувствительности аналитика к бессознательным процессам у анализируемого иногда порождает следующий процесс: находясь в измененном состоянии сознания, характеризуемом как легкая деперсонализация с парадоксально усиленным вниманием, и не осознавая рационально связи с изучаемым реальным бытием, аналитик в словах и образах воспринимает фрагменты мыслей анализируемого, которые никогда не были осознаваемыми или которые были вытеснены. После сделанной интерпретации эти содержания дополняются и, таким образом, подтверждаются анализируемым на том же самом сеансе или позднее, в ассоциациях или сновидениях.

Конечно, аналитик должен отличать конфликты, вызванные в нем пациентом, от своих собственных бессознательных конфликтов. По де М'Юзану, одним из показателей того, что сознательное содержание наведено пациентом, является то, что аналитик отмечает необычные явления в последующем самонаблюдении, включая усиливающуюся объектную привязанность к пациенту, а также нарушение своего собственного чувства идентичности. Точное описание этого процесса, в котором ассоциации пациента сами по себе подтверждают контрперенос или не подтверждают его, могло бы внести вклад в демистификацию этой концепции. Такая психическая активность, которая не является отличительной особенностью ни состояния бодрствова-

ния, ни характера сновидений, была названа де М'Юзаном (de M'Uzan, 1977) «парадоксальным мышлением» (pensée paradoxale). Оно возникает в тот момент, когда психическое состояние аналитика становится во многом идентичным психическому состоянию анализируемого. Считается, что такое парадоксальное мышление возникает в зоне между бессознательным и предсознательным под влиянием частично невнятной и фрагментарной речи пациента.

Всеобъемлющая концепция контрпереноса в конце концов стала настолько широкой, что охватила все; она стала идентична всей психической реальности психоаналитика. Поэтому Маклафлин (McLaughlin, 1971) предложил отказаться от этой концепции, после того как она расширилась настолько, что стала равна психической реальности. Однако как невозможно устранить укоренившиеся речевые привычки, значение которых очевидно для каждого аналитика, точно так же невозможно устранить явление, к которому они относятся. По этой причине предложение Маклафлина не встречает никакого отзвука, хотя его следует принять серьезно на более глубинном уровне. В психоанализе понятия не только принимают расширенное значение, но также переопределяются. Формулируются многочисленные и противоречивые определения, неизбежно приводящие к путанице. Например, Хайманн пришлось добавить, что, конечно, существуют также привычные слепые пятна, которые не вызваны пациентом и которые поэтому нельзя называть контрпереносом в соответствии с новой терминологией. Хайманн назвала этот привычный контрперенос переносом аналитика. После такого повторного определения контрпереноса стало вовсе не яснее, какие из новых мыслей и фантазий, составляющих равнораспределенное внимание аналитика, были навязаны, или, как это называется на профессиональном жаргоне, вложены (hineingesteckt) в него пациентом.

Хайманн не только победила призрак и расширила (или переопределила) концепцию, она создала особую теорию (сначала в связи с механизмами проективной и интроективной идентификации Кляйн); однако она не стала общепризнанной, потому что данная теория еще не прошла проверку на научную валидность. То, что контрперенос является созданием пациента, было преподнесено как факт. Таким образом, Хайманн была совершенно неправильно понята обучающимися психоаналитиками, придерживающимися ее теории. Только через десять лет ее утверждение было классифицировано как гипотеза, и теперь стал настоятельно рекомендоваться клинический контроль. В течение этого периода Хайманн стала критически относиться к теориям Кляйн; ее понимание контрпереноса, соответственно, тоже изменилось, потому что ее вера в объяснительную силу проективной идентификации поколебалась. Например, она долго продол-

жала верить во влечение к смерти и происходящее от него отрицание и другие механизмы сопротивления (Heimann, 1956, p. 304). Те, кто предполагает, что теория проективной идентификации валидна, до сих пор придерживаются точки зрения, что все реакции контрпереноса определяются пациентом. Такие утверждения необходимо (Sandler, 1976, p. 46) отвергнуть, так как они делают дальнейшее прояснение излишним и представляют гипотезу как очевидность.

Мы надеемся, что прояснили, почему сама по себе одна только борьба за лучшее определение не может устранить путаницу и почему не очень продуктивно предложение устранить из обращения ту или иную концепцию. Концепции как таковые имеют второстепенное значение, они выполняют свои функции внутри теории и внутри идейной школы. М.Шейн (M.Shane, 1980) показал, что невольное перенятие правил поведения от обучающих или супервизирующих аналитиков может действовать как специфический для конкретной школы контрперенос. Определения контрпереноса Фрейдом и Хайманн выполняли свои функции в различных теориях терапевтического взаимодействия и в соответствующих им аналитических процессах. Все указывает на то, что фобическое избегание чувств, которое предполагала теория Фрейда, имело несчастливые последствия, за исключением собственных случаев Фрейда, так как последний применял свои правила гибко (Cremerius, 1981; Kanzer, Glenn, 1980). Также совершенно определенно, что нововведения Хайманн в технике лечения изменили и переоценили больше, чем просто концепции. «Применение нашей субъективности означает ее осознание». Мы полностью согласны с этим высказыванием Лоха (Loch, 1965a, p. 18), которое он подкрепляет следующей известной фразой из письма Фрейда Бинсвангеру (Binswanger, 1962, p. 65): «Человек не свободен до тех пор, пока не признает и не преодолеет каждое проявление своего контрпереноса».

## 3.4 Конкордантность и комплементарность контрпереноса

Теперь мы рассмотрим несколько попыток описать типичные примеры контрпереноса. В рамках теории Кляйн Рэкер (Racker, 1957) различал реакции контрпереноса у аналитиков в соответствии с двумя формами идентификации, называя их конкордантной (соответсвующей) и комплементарной (дополняющей). При идентификации конкордантной аналитик идентифицируется с соответствующей частью психического аппарата пациента: Я с Я, Сверх-Я со Сверх-Я, Оно с Оно. Следовательно,

аналитик испытывает чувства таким же самым образом, как и пациент. Выражение «комплементарная идентификация», которое восходит к Дейч (Deutsch, 1926), описывает идентификацию аналитика с объектами переноса пациента. Тогда аналитик испытывает чувства так, как мать или отец пациента, в то время как пациент вновь переживает такие же чувства, какие он испытывал раньше по отношению к образам своих родителей. Дейч очень рано высказывалась в поддержку использования контрпереноса:

> Я называю этот процесс «комплементарной позицией» в противоположность идентификации с инфантильным пациентом. Только вместе они формируют суть бессознательного контрпереноса, *утилизация* и целенаправленное овладение которым относится к наиболее важным задачам аналитика. Этот бессознательный контрперенос не следует путать с сознательным аффективным отношением к пациенту в ходе лечения (Deutsch, 1926, p. 423; курсив наш).

Сандлер расширил понятие комплементарной позиции, обратившись к ролевой теории и проследив взаимодействие между пациентом и аналитиком до интрапсихических ролевых отношений, которые каждый пытается навязать другому. «Я хочу подчеркнуть, что ролевые отношения пациента состоят из роли, в которой он занят сам, и *дополнительной* роли, в которой он одновременно использует аналитика» (Sandler, 1976, p. 44). Хотя трудно расширить ролевую теорию и включить в нее интрапсихические и бессознательные процессы, дополнительность очень тесно соприкасается согласно этому взгляду с наблюдением и опытом. Аналитик осмысливает роли, бессознательно ему приписываемые или навязываемые, вместе с пациентом достигает понимания происходящего и, таким образом, делает возможным для пациента достижение изменения в поведении. В ролевой теории терапевтический процесс можно описать как путь, который все ближе и ближе подводит к фактической роли, которую пациент не только играет, но которая соответствует тому, чем пациент хотел бы быть. Роли, скроенные на пациента, — это те, которые больше всего подходят ему (его «истинному я»). Дополняющая функция аналитика существенна: проиграть заново было бы труднее, если бы он отказался от дополнительной роли.

С помощью дополнительности как фундаментального принципа социального взаимодействия мы теперь можем понять, почему Ференци смог сделать вышеупомянутое наблюдение уже в 1919 году. А именно: сопротивление аналитика контрпереносу затрудняет достижение переноса, потому что существует тенденция воспринимать объект, действующий совершенно безлично, как отталкивающий. В равной степени было бы ошибочным полагать, что такой объект способен помочь старым образам превратиться в верное отражение реальности и, следовательно,

способствовать их интеллектуальной реконструкции. В ролевой теории и из символического интеракционизма мы также получаем ответ на вопрос, почему если всеобъемлющая концепция контрпереноса объясняет переживания аналитика как проекцию внутренних объектов, то последствия этого будут фатальны. Ибо как можно обрести себя, измениться благодаря общению с каким-либо значимым другим, если аналитик заявляет, что он представляет собой не более того, чем является сам пациент? Однако именно так происходит в строго кляйнианской интерпретативной технике, основанной на теории проекции и интроекции. То, что такие интерпретации тем не менее могут быть терапевтически эффективными, объясняется на совершенно другом уровне. Это может, например, быть связано с тем фактором, что, когда речь идет о перемещении туда и обратно хороших и плохих элементов, облегчается идентификация с человеческой природой вообще и с собственными бессознательными фантазиями в частности.

Мелани Кляйн и ее школа заслуживают нашего одобрения за то, что они расширили способность аналитиков воспринимать контрперенос и позволили им глубже постичь природу зла в человеке. Как бы много ни вносил пациент в создание контрпереноса, это явление возникает у аналитика и именно он несет за него ответственность.

По нашему мнению, поворотный пункт в терапии возникает именно тогда, когда аналитик размышляет о разыгрывании роли (role enactment) и реагировании на роль (role responsiveness). Встраивание ролевой теории в сценическую модель (Mead, 1913) позволяет говорить, что психоаналитическая ситуация дает возможность обоим участникам быстро и просто перемещаться со сцены в зрительный зал и, таким образом, наблюдать самих себя.

В сущности, оба находятся на сцене и в то же самое время в зрительном зале. Как подает себя пациент — это и есть выражение его излюбленной ведущей роли и загадочной поддерживающей роли, латентное значение которой особенно важно для аналитика. Точно так же в роли наблюдателей пациент и аналитик не остаются на одних и тех же местах: то, что разыгрывается на сцене, изменяется вместе с точкой зрения. Интерпретации аналитика вносят вклад в изменение этой точки зрения, прерывают речь или молчание пациента и несут в себе метаобщение, то есть информацию о происходящих изменениях. Слишком высокая оценка метакоммуникативного аспекта интерпретации означает непонимание того, что интерпретации влияют на исполнение актеров, так же как указания режиссера. То, что сам режиссер тоже находится на сцене, особо подчеркивается

интерпретациями переноса, который вносит в диалог драматическую глубину.

Существует несколько возражений против этой сценической модели психоаналитического диалога, такой, как мы ее представили, следуя Хабермасу (Habermas, 1971) и Лёвальду (Loewald, 1975). Фактически ни одна аналогия не выражает должным образом психоаналитической ситуации; все сравнения небезупречны. Но слабость нашей аналогии заключается не там, где может предположить читатель, признающий ценность ролевой теории или сравнения лечения тяжелых психических заболеваний с игрой на сцене. Слезы, которые там проливаются, не менее подлинны и реальны, чем пролитые в реальной жизни. Чувства в переносе и контрпереносе тоже подлинны. Ссылаясь на глубокое замечание Фрейда о подлинности переноса (1915а, р. 166—170), нам бы хотелось подчеркнуть ответственность аналитика, который в качестве режиссера тоже ответствен за свой собственный контрперенос. Всеобъемлющая концепция делает достоинство из необходимости, то есть из неизбежности контрпереноса: чем больше, тем лучше! В конце концов, это, например, означает: чем больше контрпереноса, тем лучше. Таково абсурдное следствие эйфории контрпереноса, которая сейчас в отдельных случаях сменила его избегание! Эйсслер иронически прокомментировал эти эксцессы следующим образом:

> Контрперенос был ясно определен Фрейдом как психический процесс у аналитика, который вреден психоаналитическому процессу. Когда контрперенос провозглашается высокоэффективным лечебным фактором, доходит даже до извращения теории и практики. В шутку я мог бы сказать, что, похоже, мы недалеки от того, что кандидатам будут советовать возобновлять свой обучающий анализ, потому что у них не возникает контрпереноса на своих пациентов (Eissler, 1963а, р. 457).

Если следовать расширенной сценической модели, то мы полагаем, что, пока аналитик очень сильно аффективно реагирует на пациента (контрперенос), он может выполнять свою профессиональную задачу только тогда, когда, объединяя в себе режиссера и наблюдателя, он продолжает осознавать огромное влияние своих мыслей и действий на аналитическую ситуацию. Поскольку, как подчеркивал Фрейд (1915а, р. 169), аналитик тоже «вызывает эту любовь» («Verliebtheit hervorlockt»), он частично ответствен за те представления, которые формируются у пациента по поводу подлинности и реальности в целом и в частности. Исходя из сценической модели, мы приходим к тому, что аналитическая ситуация предлагает пациенту большую степень свободы, чем реальная жизнь. Фрейд придерживался противоположного мнения: он считал, что зависимость переноса от инфантильного опыта и неизбежное повторение последнего ограничивают свободу. Хотя это утверждение частично верно, оно

не учитывает, что повторное разыгрывание и ответ на ролевом уровне в аналитической ситуации увеличивает область свободы, потому что имеющиеся в распоряжении формы действий дают возможность устранить ограничивающие шаблоны.

Повторное разыгрывание позволяет аналитику изначально оказывать влияние, что облегчает пациенту благодаря терапии получение «дополнительного кусочка душевной свободы», которая для Фрейда была целью «искусного, невыхолощенного» психоанализа (Freud, 1915a, p. 170, 171).

Таким образом, аналогия со сценой не разрушается вопросом о подлинности. Напротив, можно отвлеченно размышлять о том, что происходящее на сцене или в сновидениях даже подлиннее, потому что мы знаем, что снова можем оттуда убежать. Конечно, нам также известно, что удовольствие стремится достичь не только вечности, но и реальности.

Именно ограничения психоаналитической ситуации создают для пациента безопасную область, где он может обнаружить те роли, которые он прежде не мог адекватно исполнить — заполнить или *катексировать* (besetzen). Важны оба значения немецкого слова «besetzen». Теория наполнения — катексиса касается бессознательного внутреннего мира и его энергетической регуляции, которая далеко не разыграна и далека от уровня выражения. Аналогия со сценой кончается на этом и еще на том факте, что в психоанализе формирование и движение ограничиваются главным образом вербальной деятельностью. Оживление образов, разбуженных в контрпереносе, составляет часть когнитивного процесса аналитика. Часть бессознательных инстинктивных желаний пациента может быть внутренним образом, которому объектный стимул подходит весьма гармонично — как ключ подходит к замку. Дополнение, соответствие и согласие характеризуют определенные аспекты событий во взаимодействии. Создают ли образ внутренние стимулы, влечения, или внешние объекты провоцируют эндопсихический стимул — мы пройдем мимо этой старой проблемы, которой Кунц (Kunz, 1946a) посвятил двухтомное исследование. Как показал Фрейд, «свободная связь» инстинкта с объектом составляет человеческое развитие.

## 3.5 Следует ли допускать контрперенос?

Теперь мы сделаем некоторые выводы, открывающие новые перспективы и облегчающие решение трудных проблем в овладении контрпереносом. Мы имеем в виду противоречивый вопрос о том, следует ли аналитику допускать у себя возникновение контрпереноса на пациента. Большинство аналитиков отри-

цают эту возможность, ссылаясь на опыт Фрейда и правило инкогнито, которое он вывел из своего опыта. Однако Винникотт (Winnicott, 1949), Литтл (Little, 1951) и Сирлз (Searles, 1965, p. 192—215) привели примеры в оправдание исключений. Хайманн в течение десятилетий предостерегала от подтверждения реалистических восприятий пациента, только позже открыв, что допущение аналитиком чувства, имеющего отношение к пациенту, не равносильно личному признанию в чем-то и не обременяет пациента личностными проблемами аналитика. При более внимательном рассмотрении становится ясно, что Фрейд не рекомендовал приобщать пациента к личным конфликтам аналитика, даже с добрыми намерениями, так как это запутывает и обременяет пациента и может препятствовать нахождению им своего собственного жизненного стиля. Хайманн утверждала то же самое вплоть до своего позднейшего исследования с характерным названием «О необходимости для аналитика быть естественным со своим пациентом» (1978). В определенной терапевтической ситуации Хайманн не только позволила себе руководствоваться чувством, но даже сообщала о нем пациенту. Она комментировала это следующим образом:

> Сообщить о своих чувствах, нарушив правила, оказалось для меня чем-то естественным. Я была как-то сама удивлена и позднее думала об этом. Описание собственного Я в другом человеке является хорошо известной стратегией наших пациентов, компромиссом между желанием быть откровенным и сопротивлением этому. Мы обычно говорим это нашим пациентам. Я могла бы это сделать, не упоминая о своих чувствах. Поэтому впоследствии я пыталась найти формулировки, опуская упоминание о своих чувствах, но мне не нравилась ни одна из этих интерпретаций; все они казались немного суженными. Ничего лучшего моя самосупервизия предложить не смогла. Как подробно описано в другом месте (Heimann, 1964), я против того, чтобы аналитик сообщал о своих чувствах пациенту и позволял тем самым всматриваться в свою личную жизнь, потому что это обременяет пациента и отвлекает его от собственных проблем. Не найдя лучшей интерпретации, чем та, что я дала своей пациентке, я поняла, что высказывание о том, что я содрогаюсь, когда вижу, что у пятнадцатилетней девочки душа семидесятилетней старухи, *на самом деле ничего не говорит о моей личной жизни*, точно так же как и мое утверждение, что пациентка идентифицируется с девочкой-подростком (Heimann, 1978, p. 225—226).

Существенно, чтобы сообщение о чувстве давалось с точки зрения комплементарности. Поэтому Хайманн может сказать, что она ничего не раскрыла о своей личной жизни. Нас интересуют чувства, связанные с ситуацией; эти чувства являются, так сказать, частью взаимодействия и проясняют для пациента, как он воздействует на «объект». Нам бы хотелось рассмотреть этот аспект на обобщенном уровне, потому что мы убеждены, что тогда можно отыскать и другой способ использования контрпереноса на благо терапии.

Для всех пациентов совершенно непонятно то, что аналитиков, по-видимому, невозможно задеть никаким аффектом и что они реагируют на безнадежность так же ровно, как на оскорбление или ненависть. Аналитики, кажется, сохраняют свою нейтральность, даже сталкиваясь с сильной трансферентной любовью. Однако внешность обманчива, и это было известно даже до того, как была сформулирована всеобъемлющая концепция контрпереноса. Каков же будет результат, если аналитик, неправдоподобно поместив себя за пределы добра и зла, станет указывать пациенту, что именно тот собирается сделать с ним, аналитиком, как с объектом переноса. Частью обычной стратегии интерпретации является также намерение показать пациенту, что в действительности он имеет в виду другой объект, такой, как его отец, мать, брат или сестра. И поэтому аналитик не может быть лично задет! Чтобы избежать этой теоретически и терапевтически достойной сожаления ситуации, нужно по крайней мере принципиально допустить то, что аналитика можно задеть и затронуть. Нейтральность в смысле созерцательного отстранения начинается *после того*, как контрперенос произошел, и делает возможным решение нашей профессиональной задачи путем дистанцирования от комплементарных физически-чувственных реакций, которые могут быть вызваны сексуальными или агрессивными импульсами пациента. Поэтому мы считаем жизненно важным позволить пациенту участвовать в размышлениях аналитика, включая размышления по поводу содержания и происхождения интерпретаций. Это облегчает идентифицирование. Это позволяет нам регулировать отношения близости и дистанции с аналитиком как с «объектом». Хайманн описала процесс; мы постарались описать его общезначимость.

# 4 Сопротивление

## 4.1 Общие факторы

Словарь, который употребляется для того, чтобы описать сопротивление пациента, запутан и богат метафорами, изначальное значение которых связано с борьбой человека за существование или даже ассоциируется с войной. Фактически то, что у пациента, ищущего помощи в своих эмоциональных и психосоматических страданиях, проявляются формы поведения, которые Фрейд обобщил, используя термин «сопротивление», противоречит здравому смыслу. Но все же с самого начала нам бы хотелось подчеркнуть, что пациенты прежде всего ищут именно помощи в отношениях со своим врачом и в трансферентных отношениях со своим психотерапевтом. Явления сопротивления возникают лишь вторично: они — следствие нарушений, которые неизбежно ведут к сопротивлению в той или иной форме. Такие нарушения терапевтических отношений и предоставляют возможность наблюдать сопротивление. Поэтому и сейчас еще можно повторить вслед за Фрейдом: «Все, что препятствует прогрессу аналитической работы, является сопротивлением» (1900а, р. 517). Аналитическая работа осуществляется в терапевтических отношениях. Таким образом, основной паттерн сопротивления направлен *против* трансферентных отношений, к которым мы стремимся (см. гл. 2).

Пациент, ищущий помощи, начинает понимать (точно так же, как и его терапевт), что сам процесс изменения не идет, потому что равновесие, которого достиг пациент даже ценой серьезных ограничений своей внешней и внутренней свободы действий, гарантирует определенную степень безопасности и стабильности. На основе этого равновесия формируются бессознательные ожидания и представления относительно происходящих событий, несмотря на то что по своей природе они могут быть неприятными. Хотя сознательно пациент желает изменений, создается самообновляющийся круг, поддерживающийся и укрепляющийся благодаря этому равновесию, какими бы патологическими ни были его последствия. Этот круг способствует значительному уменьшению тревоги и чувства незащищенности. Многооб-

разные формы, которые принимает сопротивление, имеют функцию поддержания достигнутого равновесия. Это раскрывает различные аспекты сопротивления:

1) Сопротивление относится к изменению, которое сознательно желаемо, но бессознательно страшит.
2) Наблюдение сопротивления связано с терапевтическими отношениями, в то время как оговорки, ошибки и другие бессознательно мотивированные явления можно также наблюдать и вне терапии. Сопротивление же является частью терапевтического процесса.
3) Поскольку ход аналитической работы можно нарушить различными способами, не существует форм поведения, которые не могли бы быть использованы в качестве сопротивления, если они достигают определенной силы. Сотрудничество между терапевтом и пациентом страдает, если сопротивление превышает определенный уровень интенсивности, что можно обнаружить в широком круге явлений. Интенсификация переноса до уровня слепой безрассудной страсти может точно так же стать сопротивлением, как и излишнее количество сообщаемых сновидений или слишком рациональные размышления над ними.
4) Таким образом, в оценке сопротивления используются *количественные* и *качественные* критерии. Например, положительный и отрицательный перенос становится сопротивлением, если он достигает интенсивности, которая тормозит или запрещает интеллектуальное сотрудничество.

Гловер (Glover, 1955) различает, с одной стороны, явные, грубые формы сопротивления, с другой — неявные формы. Грубые формы включают опоздания, пропуски встреч, излишнюю болтливость или совершенное молчание, автоматическое отрицание или неправильное понимание всех высказываний аналитика, игру в наивность, постоянную рассеянность, сонливость и наконец преждевременное прерывание лечения.

Эти грубые нарушения создают впечатление сознательного и намеренного саботажа и задевают особо чувствительные места аналитика. Некоторые из форм вышеупомянутого поведения, такие, как опоздания, пропуск занятий, подрывают аналитическую работу и предполагают глобальные интерпретации, которые в лучшем случае становятся воспитательными мерами или в худшем случае ведут к борьбе за власть. Такие осложнения могут развиться довольно быстро в самом начале терапии. Поэтому существенно важно помнить, что пациент прежде всего ищет поддерживающих отношений. До тех пор, пока аналитик не позволяет себе быть втянутым в борьбу за власть, в легких формах уклончивости во время сеанса можно все еще распознать и признаки положительного переноса, а также интерпретиро-

вать их уже в начале терапии. Тогда не обязательно будет иметь место борьба за власть, которая могла бы возникнуть из-за соперничества, создающего угрозу самому существованию терапии.

Сопротивление работе стало «сопротивлением психоаналитическому процессу» (Stone, 1973). С 1900 года описаны многие отдельные типичные проявления сопротивления. Их можно классифицировать, хотя и с неизбежной потерей живописности, в соответствии с общими количественными и качественными подходами и согласно генезису сопротивления. Поскольку сопротивление психоаналитическому процессу наблюдается как сопротивление переносу, эта форма сопротивления всегда была в центре внимания. Поэтому сначала следует выяснить, как и почему появляется трансферентное сопротивление.

### *4.1.1 Классификация форм сопротивления*

Сначала Фрейд описал перенос как сопротивление, как *главное препятствие* (Haupthindernis). Пациенты, особенно женщины, что важно, не придерживались установленного стереотипа пациент — врач касательно правил взаимодействия и отношений, но включали терапевта в свой личный мир фантазий. Как врача Фрейда раздражало это наблюдение. В силу упреков совести, стыда за мысленное нарушение конвенции пациентки скрывали свои фантазии и развивали *сопротивление* сексуальным чувствам и желаниям, которые они переносили на Фрейда. Поскольку Фрейд не дал ни одного реального повода к фактическому возникновению этих желаний, то есть не провоцировал эти ситуации, казалось, что следует еще внимательнее изучить предысторию бессознательных паттернов ожиданий. Изучение переноса как «ошибочной связи» вело в прошлое, в мир бессознательных желаний и фантазий и, наконец, к открытию эдипова комплекса и табу на инцест. Когда стало возможным понять влияние врача на основе влияния родителей (и *безусловного допустимого* отношения к ним пациента), понимание аналитиками переноса изменилось от представления о нем как об основном препятствии для терапии к представлению о том, что он является самым мощным терапевтическим инструментом до тех пор, пока не превращается в негативный или излишне позитивный, эротизированный перенос.

Отношение между переносом и сопротивлением (в концепции трансферентного сопротивления) схематически можно описать следующим образом: после преодоления сопротивления *осознанию* переноса терапия, по теории Фрейда, основывается на мягком допустимом переносе, который, таким образом, становится желаемым и «самым мощным инструментом» аналитика.

Позитивный перенос — в смысле отношения sui generis[1] — формирует основу терапии (см. гл. 2).

Эти рабочие отношения, как мы бы назвали их сегодня, подвергаются опасности, если интенсифицируется позитивный перенос и если создаются поляризации; это называют трансферентной любовью и негативным (агрессивным) переносом. Таким образом, перенос снова становится сопротивлением, если отношение пациента к аналитику эротизировано (трансферентная любовь) или превращается в ненависть (негативный перенос). По Фрейду, эти две формы переноса становятся сопротивлением, если они препятствуют процессу *воспоминания.*

Наконец, в сопротивлении *разрешению* переноса мы обнаруживаем третий аспект. В понятие трансферентного сопротивления входят сопротивление осознанию переноса, сопротивление в форме трансферентной любви или негативного переноса и сопротивление разрешению переноса.

Конкретные формы, которые принимают различные элементы сопротивления переноса, зависят от того, как структурирована правилами и интерпретациями терапевтическая ситуация. Например, сопротивление осознанию переноса является регулярным компонентом вводной фазы. Последующие взлеты и падения этой формы сопротивления отражают колебания, специфические для диады. Параноидный пациент быстро развивает негативный перенос, а нимфоманка развивает эротизированный перенос. Именно интенсивность этих форм переноса делает их сопротивлением. Между этими крайностями располагается широкий спектр, и внутри него аналитик решает, какие формы поведения интерпретировать как сопротивление. Поздняя классификация Фрейда (1926d) дает в этом отношении диагностические критерии и предлагает список видов сопротивления: сопротивление Сверх-Я, сопротивление Оно, сопротивление, основанное на вторичной выгоде от болезни, в дополнение к сопротивлению вытеснения и трансферентному сопротивлению — итого пять форм сопротивления.

Таким образом, современная классификация включает две формы сопротивления Я (сопротивление вытеснения и трансферентное сопротивление), а сопротивление Сверх-Я и сопротивление Оно восходят к пересмотру Фрейдом своей теории в 1920-х годах. Поскольку трансферентное сопротивление сохранило свою центральную роль, в фокусе терапевтического интереса в структурной теории остаются два основных паттерна сопротивления переноса (излишне позитивный эротизированный перенос и негативный агрессивный перенос). Вот почему мы по-

[1] Особого рода *(лат.).*

шли по пути дальнейшего дифференцирования понятия трансферентного сопротивления.

Рассматривая теории переноса (см. гл. 2), мы не касались осложнений, возникающих из-за того, что оба основных паттерна сопротивления переноса могут затруднить лечение. При негативном переносе может возобладать агрессивное отвержение, и терапия может зайти в тупик или закончиться (Freud, 1912b, 1937c, p. 239).

Важно заметить, что Фрейд сохранил полярную классификацию сопротивления на негативную (агрессивную) и излишне позитивную (эротизированную) формы, хотя между 1912 и 1937 годами модификация теории влечений и особенно создание структурной теории привели к подразделению сопротивления на пять форм. Этот элемент консерватизма в мышлении Фрейда, возможно, связан с тем, что в своей практике он продолжал придерживаться концепции поляризации любви и ненависти в эдиповой фазе конфликта и его переноса, на что особое внимание обратил Шафер (Shafer, 1973). Все это так же, как абвивалентность человека вообще, неизбежно ведет к позитивному и негативному переносу.

Но что происходит при интенсификации переноса до такой степени, что он становится сопротивлением, будь то трансферентная любовь или непреодолимая ненависть? Не преуменьшая человеческого потенциала ненависти и деструктивности, мы, однако, можем не сомневаться, что роль техники лечения в усилении сопротивления в форме негативного переноса долго недооценивалась (Thomä, 1981). А.Фрейд (A.Freud, 1954a, p. 618) наконец поставила вопрос о том, не является ли причиной некоторых агрессивных реакций, которые мы вызываем у наших пациентов и которые мы по возможности расцениваем как трансферентные, категорическое отрицание того факта, что аналитик и пациент — оба взрослые люди и находятся в реальных личных отношениях друг с другом.

То же самое верно и в отношении трансферентной любви, особенно тогда, когда эротизированный перенос начинает затемнять анализ, ведя его к неудаче, или создает впечатление, что любая попытка анализа беспочвенна. Естественно, что в литературе описаны и другие случаи трансферентной любви (Nunberg, 1951; Rappaport, 1956; Saul, 1962; von Blum, 1973). Ясно, что эротизированный перенос в самом деле может стать сопротивлением. Все же нам бы хотелось отметить, что влияние аналитика и его техники лечения на развитие негативного и эротизированного видов переноса часто упоминается только между прочим, даже в самых свежих публикациях. Это происходит несмотря на общее признание того, насколько сильно негативный перенос (то же самое верно в отношении эротизированного пе-

реноса) зависит от контрпереноса, от техники лечения и от теоретической позиции аналитика.

В нашей аналитической работе мы задаем себе вопрос, как это делает и Шафер:

> Как нам следует понимать то, что он (или она) живет именно таким образом, развивает именно эти симптомы, страдает именно так, вызывает именно это отношение к себе, переживает именно это чувство, препятствующее дальнейшему пониманию именно так и именно в это время? Какое желание или ряд желаний по возможности исполняется? В этом ли смысле клинический анализ исследует поощрение («исполнение желаний»)? Вот что, в конце концов, имеется в виду под анализом сопротивления и защиты. *Зачем* они? *Для чего* существует этот человек? (Schafer, 1973, p. 281)

Шафер верно поставил вопрос о функции сопротивления и защиты в конец. Привычная самозащита против бессознательно воображаемых опасностей является следствием длящегося всю жизнь процесса неудачных поисков безопасности и удовлетворения в межличностных отношениях. Поэтому в следующем разделе мы рассмотрим функцию сопротивления в регулировании отношений.

### 4.1.2 Роль сопротивления в регуляции отношений

Рассмотрение той функции, которую имеет сопротивление в регуляции отношений, обязывает нас уделить особое внимание отношению между сопротивлением и переносом. В частности, для трансферентного сопротивления интрапсихическая модель конфликта (сопротивление вытеснения) связана с психологией объектных отношений и с межличностной моделью конфликта. Фрейд установил эту связь, пересматривая свою теорию тревоги в работе «Торможение, симптом и тревога» (1926d); дополнение к этой статье содержит вышеупомянутую классификацию сопротивления в пяти формах. Следует помнить, что Фрейд проследил происхождение всех невротических видов тревоги из ситуаций реальной опасности (то есть угрозы извне).

Кастрационная тревога и тревога, касающаяся потери объекта или любви, таким образом, являются продуктами, происхождение которых предполагает наличие двух или трех лиц. Тем не менее внутренние эмоциональные процессы в психоаналитической модели конфликта рассматривались односторонне. С одной стороны, теория разрядки предполагает, что именно сильный страх уничтожения следует выводить из количественных факторов, с другой стороны, ситуационное влияние на генезис страха в смысле реальной опасности отрицалось. С учетом этих показаний особенно подходящими для психоанализа считаются те случаи, где представлены стабильные структуры, то есть интер-

нализированные конфликты. Тогда возникает вопрос о том, что же нарушает гомеостаз, внутреннее равновесие.

Аналитики, ориентирующиеся на интрапсихическую модель конфликта, принимают точку зрения Бреннера (Brenner, 1979b, p. 558): «Любая душевная деятельность, имеющая целью избежать неудовольствия, вызванного производными влечения, является защитой. Не существует никаких других пригодных способов определения защиты».

Аналитики, больше уделяющие внимание объектным отношениям как теоретической основе, придерживаются точки зрения, о которой очень рано высказался Брайерли:

> Сначала ребенок озабочен объектами только в связи со своими собственными чувствами и ощущениями, но как только чувства становятся прочно привязанными к объектам, процесс инстинктивных защит становится процессом защит от объектов. Тогда младенец пытается овладеть своими чувствами, манипулируя объектами — носителями этих чувств (Brierley, 1937, p. 262).

### *4.1.3 Сопротивление и защита*

Мы считаем особенно важным прояснить взаимоотношения между сопротивлением и защитой. Эти два термина часто используются синонимично. Однако явление сопротивления можно непосредственно наблюдать, в то время как защитные процессы необходимо логически выводить: «Патогенный процесс, который доступен нашему наблюдению в виде сопротивления, должен получить название *вытеснения*» (Freud, 1916/17, p. 294).

Синонимическое употребление терминов «сопротивление» и «защита» может легко привести к неправильному выводу, что само по себе описание представляет собой объяснение функций сопротивления. Клинический жаргон часто дает глобальное описание психодинамических связей: негативный перенос служит защитой от положительных чувств; дефекты Я и ранний страх быть покинутым оттесняются при помощи истерического флирта и т.д.

Однако очень важно распознавать отдельные элементы таких психодинамических связей, то есть специфические психические акты, а также делать их терапевтически полезными. Фрейд пошел по этому пути, когда создал прототип всех механизмов защиты — сопротивление вытеснения — и соотнес его со спецификой пациента в его переживаниях и в симптоматике. В этом описании данная форма сопротивления привязывается к прототипу всех защитных механизмов.

Следует подчеркнуть, что концепция сопротивления принадлежит теории техники лечения, в то время как концепция защи-

ты связана со структурной моделью психического аппарата (Leeuw, 1965).

Типичные формы защиты, такие, как идентификация с агрессором, предполагают комплексные и многоэтапные процессы защиты (вытеснение, проекция, расщепление и т.д.). Эти бессознательные процессы формируют основу многообразных проявлений сопротивления (Ehlers, 1983).

Дальнейшее развитие теории защитных механизмов тем самым сделало более доступными для терапии так называемые защитные сопротивления, выходящие за пределы прототипа (сопротивления вытеснения). Сопротивление вытеснения можно описать с помощью известной фразы Ницше из его произведения «По ту сторону добра и зла»: «"Я сделал это", — говорит моя память. «Я не мог этого сделать», — говорит моя гордость и остается непреклонной. В конце концов моя память уступает». Конечно, в центре внимания психоанализа находятся *бессознательные* процессы самообмана (Fingarette, 1977).

Наиболее важным практическим следствием структурной теории является применение типологии, описанной А.Фрейд (A.Freud, 1937), к клиническим проявлениям сопротивления. «Перенос защиты» оказывается «сопротивлением переносу» в вышеописанном смысле. Тот факт, что в некоторых случаях говорят о сопротивлении, а в других — о защите, является отчасти следствием сходного смысла этих слов. Еще одна причина — в том, что клинический опыт, касающийся типичных форм сопротивления, десятилетиями описывался в терминологии защитных процессов. Наконец, существует также лингвистическая связь между бессознательными защитными процессами человека и его действиями: пациент отрекается, выгораживает себя, свидетельствует против самого себя, расщепляет, старается что-то переделать, регрессирует.

Предпочтение терминологии защиты, возможно, отражает тенденцию, которая привела к *языку действия* Шафера (Schafer, 1976). Внимательное изучение типичных форм защиты ведет за пределы теории защитных механизмов и делает необходимым, например, рассмотреть сложные явления «отыгрывания вовне», навязчивого повторения и сопротивления Оно. Эти механизмы по-разному служат поддержанию равновесия и вызывают специфическое сопротивление изменениям. Так, в психоаналитической терминологии для краткости указывается на сопротивление посредством, например, слов «регрессия», «проекция» или «отказ от ответственности». Поскольку процесс выявления бессознательных защитных механизмов начинается с сопротивления, а защиту нельзя непосредственно переживать или прямо наблюдать, — отношение между сопротивлением и защитой вращает-

ся вокруг сложных проблем валидности наших построений. Мы надеемся, что убедительно продемонстрировали, что использование терминов «сопротивление» и «защита» как синонимов и как общих терминов нежелательно.

Основные положения вышеуказанной точки зрения затрагивают темы, которые мы будем более подробно рассматривать ниже в других разделах этой главы. Особо мы остановимся на следующем: поскольку Фрейд приписывал сопротивлению с самого начала его открытия функцию регуляции отношений, мы посвятим раздел 4.2 его функции защиты от тревоги. В этой связи оправданно рассмотрение и других аффективных сигналов. Мы уже отвели особое место трансферентному сопротивлению в этих вводных замечаниях; из-за его огромного значения мы вернемся к нему в разделе 4.3 в связи с вытеснением.

На основании классификации Фрейда мы анализируем сопротивления Сверх-Я и Оно в разделе 4.4. Эти формы сопротивления обязаны своим названием коренному пересмотру Фрейдом своих теорий в 1920-х годах. Реорганизация теории влечений и замена топографической модели (бессознательное, предсознательное и сознательное) структурной теорией (Оно, Я и Сверх-Я) отразили, кроме всего прочего, опыт Фрейда в аналитических ситуациях. Открытие бессознательного чувства вины при так называемых негативных терапевтических реакциях привело к предположению о том, что значительные области Я и Сверх-Я бессознательны. В то же время на Фрейда произвело глубокое впечатление навязчивое повторение, которое он попытался объяснить консервативной природой влечений, приписываемых Оно. Поэтому представляется, что силы Оно также объясняют устойчивую природу эротизированной и негативной агрессивной форм переноса и сопротивления Сверх-Я. Критическое рассмотрение сопротивления Сверх-Я и Оно оказало влияние на теорию и практику, что мы опишем в разделе 4.4.1 на примере современного понимания негативной терапевтической реакции.

В разделе 4.4.2 мы обсуждаем новейшие разработки в теориях агрессии человека, а в разделе 4.5 кратко рассматривается вторичная выгода от болезни, которая, по классификации Фрейда, попадает в разряд сопротивления Я. Эта необычайно важная форма сопротивления подробно обсуждается в восьмой главе, где речь идет о факторах, работающих на поддержание симптоматики. По нашему мнению, вторичной выгоде от болезни до сих пор уделялось слишком мало внимания в психоаналитической технике.

Наконец, в разделе 4.6 мы обращаемся к сопротивлению идентичности, как оно описано Эриксоном. Эта форма сопротивления есть прототип ряда проявлений сопротивления, имею-

щих краеугольное клиническое и теоретическое значение. По сути, явления, описанные как сопротивление идентичности, не новы. Нововведение Эриксона заключается в теоретической переориентации, благодаря которой он связывает функцию сопротивления (а также бессознательные защитные процессы) с поддержанием чувства собственной идентичности, или Я, психосоциального по своему происхождению. Тем самым вводится превосходный регуляторный принцип. Отделение принципа удовольствия — неудовольствия от экономического принципа и теории разрядки никоим образом не должно привести к игнорированию открытий Фрейда, касающихся человеческого бессознательного мира желаний. Напротив, вместе с Клейном (G.Klein) и многими другими современными аналитиками мы считаем, что психоаналитическая теория мотивации выиграет в правдоподобности и терапевтической применимости, если инстинктивный поиск эдипова и догенитального удовлетворения будет пониматься как важный компонент в развитии *чувства себя*. Предположение о том, что существует взаимозависимость между регуляцией самоощущения (как идентичности Эго или Я) и удовлетворением желаний, происходит из опыта, полученного в психоаналитической практике. Оно также выводит нас из дилеммы, перед которой остановился Кохут в своей теории развития, предусматривающей два пути — независимые процессы (нарциссического формирования) и (либидозное) формирование объекта. Легко продемонстрировать абсурдность разделения (нарциссического) формирования Я и (инстинктивных) объектных отношений: не бывает нарушения объектных отношений без нарушений Я, и наоборот.

## 4.2 Тревога и защитная функция сопротивления

Фрейд столкнулся с сопротивлением у истеричных пациенток при своих терапевтических попытках оживить их забытые воспоминания. Когда Фрейд прибегал к гипнозу и процедуре оказания давления во время своего доаналитического периода, то все в пациенте, что противостояло попыткам врача влиять на пациента, рассматривалось как сопротивление. Эти силы, направленные вовне, то есть против попыток врача влиять на пациента, для Фрейда были зеркальным отражением тех внутренних сил, которые привели к диссоциации и поддерживали его в происхождении симптомов.

Таким образом, психическая сила отторжения со стороны Я изначально вывела из ассоциаций патогенное представление [и, таким образом, привела к диссоциации] и теперь противостояла его возвращению в память. «Незнание» истерической пациентки было фактически «нежеланием

знать» — нежеланием, которое в большей или меньшей степени могло быть осознанным. Поэтому задача терапевта заключается в преодолении посредством душевной работы этого *сопротивления ассоциациям* (Freud, 1895d, p. 269—270).

С самого начала терапевтическое наблюдение было связано с психодинамической объясняющей моделью, согласно которой сила сопротивления отражает степень нарушения ассоциаций или симптомы (Freud, 1904a). Открытие бессознательных импульсов влечения и эдиповых желаний и тревог дополнило знание о мотивах сопротивления и подчеркнуло его ключевую роль в технике лечения. Сандлер и другие обобщают:

Вхождение психоанализа в то, что было обозначено как его вторая фаза, и признание важности внутренних импульсов и желаний (в противоположность болезненным реальным переживаниям) в создании конфликта и возбуждении защиты не привели ни к каким фундаментальным изменениям в концепции сопротивления. Тем не менее теперь сопротивление стало считаться направленным не только против повторного вызывания травмирующих воспоминаний, но также против осознания неприемлемых импульсов (Sandler et al., 1973, p. 72).

Точкой отсчета было «нежелание знать». Теперь требовалось объяснить следующие моменты: неспособность знать, самообманы и бессознательные процессы, приведшие к нарушенному репродуцированию инстинктивных желаний.

Описательная регистрация явлений сопротивления между тем завершена. Менее чем через сто лет после открытия Фрейда едва ли осталось человеческое влечение, которое еще не описано в литературе с учетом его отношения к определенному проявлению сопротивления. Читателю не составит труда познакомиться с чувством сопротивления, если он представит себе, что сообщает воображаемому слушателю абсолютно все, что проходит через его сознание.

Функцией сопротивления в терапевтическом диалоге является регуляция отношений. Поэтому Фрейд с самого начала рассматривал его в контексте отношения пациента к врачу и понимал его в связи с переносом. Как мы уже упоминали, регулирующая отношения функция сопротивления (стража границы) позднее перестала приниматься во внимание вследствие ограниченной модели конфликта и структуры. Однако контекст открытия сопротивления оставался решающим для всех последующих попыток объяснения: почему явления сопротивления возникают в терапевтических отношениях и какой цели они служат? Фрейд (1926d) позднее ответил на этот вопрос глобально: все явления сопротивления являются коррелятами защиты от тревоги. Он отнес тревогу как аффект неудовольствия к прототипу защитного механизма вытеснения. В обобщающей манере выражаться, свойственной Фрейду, тревога как бы замещает собой

стыд, печаль, вину, слабость — практически все неприятные аффективные сигналы.

В результате тревога стала самым важным аффектом в психоаналитической теории защиты. Тогда Фрейд (1929d) смог сказать, что тревога и охватываемые ею реакции избегания и нападения и все, соответствующее им в эмоциональной сфере, составляют краеугольную проблему невроза. Таким образом, бессознательные защитные процессы обусловлены биологически. Но акцент, придаваемый тревоге как двигателю душевных и психосоматических болезней, создал ситуацию, в которой другие независимые аффективные сигналы получили слишком мало внимания. Сегодня аффективные сигналы следует рассматривать более дифференцированно — и по теоретическим, и по терапевтическим соображениям. Не выходить за пределы исторического прототипа, то есть тревоги и защиты от нее, означает не отдавать должное широкому спектру травмирующих аффектов. Аналитик игнорирует чувства и переживания пациента, если он интерпретирует тревогу в то время, как пациент отгораживается от качественно иной эмоции. С одной стороны, тревога является кульминацией многих явлений, поэтому мы можем говорить о страхе стыда, о тревоге сепарации, о тревоге кастрации. Но с другой стороны, разбросанные части иерархии аффектов содержат независимые элементы, феноменология которых стала предметом растущего интереса среди психоаналитиков только лишь в последние десятилетия.

Этому существует несколько причин. Рапапорт (Rapaport, 1953), возможно, первым привлек общее внимание к тому факту, что не существует систематической психоаналитической теории аффектов. Выведение аффектов из влечений и мнение Фрейда о том, что аффекты представляют собой инстинктивную энергию, — все это послужило неблагоприятными факторами для проницательного феноменологического описания качественно различных аффективных состояний. В результате пересмотра теории тревоги сигнальная тревога стала прототипом аффективных состояний вообще. Фрейд во многом отделял сигнальную тревогу от экономического процесса разрядки (1926d, p. 139); он описывал типичные ситуации опасности и различал различные аффективные состояния, одним из примеров чего был аффект боли. Но все же аффекту тревоги приписывалась исключительная роль в психоанализе, и не последней причиной этому было то, что многие аффекты действительно включают компонент тревоги (Dahl, 1978).

Теперь нам бы хотелось проиллюстрировать специфическое рассмотрение аффектов и их отношения к тревоге на примере стыда, пользуясь исследованием Вурмсера (Wurmser, 1981). Человек, страдающий *тревогой стыда*, боится быть выставленным

напоказ и тем самым унизиться. Согласно Вурмсеру, сложный аффект стыда организуется вокруг депрессивной сердцевины: я выставил себя и чувствую унижение; я бы хотел исчезнуть; я не хочу больше существовать как существо, которое так выставляется. Стереть презрение можно, только стирая выставление напоказ — спрятавшись, исчезнув и, если необходимо, быть преданным забвению.

Стыд все еще существует как способ защиты, как превентивное прятание себя, как *реактивное формирование*. Очевидно, что защитная функция сопротивления частично имеет отношение к чувству невыносимого стыда. По Вурмсеру, все три формы стыда — тревога стыда, депрессивный стыд и стыд как реактивное формирование — имеют полюс субъекта и полюс объекта. Человек стыдится чего-либо и в связи с кем-либо. Тщательный феноменологический анализ различных аффективных состояний имеет значение для техники лечения в особенности потому, что он позволяет делать психоаналитические суждения о том, что было бы *тактичным* в данный момент. Тогда тактичная процедура при работе над анализом сопротивления становится не только результатом сопереживания и интуиции. В сегодняшнем акценте на контрпереносе мы видим знак того, что разнообразные формы эмоций и аффектов вызывают все возрастающий интерес.

Защитную функцию сопротивления можно также описать и для других аффектов. Краузе (Krause, 1983, 1985) и Мозер (Moser, 1978) показали, что агрессивные эмоции, такие, как раздражение, злость, гнев и ненависть, используются в качестве внутренних сигналов, точно так же, как и тревога, и могут вызывать защитные процессы. Конечно, также возможно, что агрессивные эмоции накапливаются до такой степени, что дают сигнал тревоги, и тогда теория тревоги оказывается такой элегантной, полной и всеохватывающей. Гений Фрейда работал как «бритва» Оккама, подчинив прототипу несколько по крайней мере частично независимых аффективных сигнальных систем так, как если бы они были его вассалами.

Терапевтически нежелательно уделять особое внимание сигналу тревоги. Мозер выдвинул следующие аргументы в поддержку технического правила, согласно которым следует признавать независимость других аффективных сигналов:

> Эти аффекты (раздражение, злость, гнев, ненависть и т.д.) используются как внутренние сигналы, точно так же, как тревога, при условии что аффективное переживание достигает уровня развития внутренней информирующей системы (сигнальной системы). При многих невротических проявлениях (например, при невротических депрессиях, неврозах навязчивых состояний, невротических нарушениях характера) агрессивная сигнальная система полностью останавливается в развитии либо развита слабо. Это те пациенты, которые не замечают своих агрессивных импульсов,

следовательно, не признают их и не могут вписать их в контекст ситуации. Такие пациенты либо демонстрируют агрессивное поведение, не замечая этого (и также впоследствии неспособны распознать его как таковое), либо реагируют на стимулы окружения, вызывая агрессию эмоциональной активацией, иначе анализируют стимулы, интерпретируют их, как, например, сигналы тревоги. В этом случае происходит сдвиг с агрессивной системы на сигнальную систему тревоги... В теории неврозов эти процессы замены описаны как типичные аффективные защитные механизмы с использованием терминов «агрессия как защита от тревоги» и «тревога как агрессивная защита». Поэтому есть все основания придумать «агрессивную сигнальную теорию» в дополнение к сигнальной теории тревоги (Moser, 1978, p. 236—237).

Уэлдер описал развитие психоаналитической техники, используя серию вопросов, которыми задается аналитик. Сначала «у него в голове постоянно был вопрос: "*Каковы желания пациента?* Чего он (бессознательно) хочет?"» После пересмотра теории тревоги «стало необходимым дополнить прежний вопрос о желании вторым вопросом, тоже все время присутствующим в голове аналитика: *«А чего он боится?»* Наконец, углубление знаний о процессах бессознательной защиты и сопротивления привело к третьему вопросу: *"А когда он боится, что он тогда делает?"»* (Waelder, 1960, p. 182—183.) Уэлдер утверждал, что до сих пор еще не добавлено ничего нового в помощь аналитику, чтобы ориентироваться в изучении пациента.

Сегодня рекомендуется задавать серию дальнейших вопросов, таких, как, например: «Что делает пациент, когда ему стыдно, когда ему приятно, когда он удивлен, когда он испытывает печаль, страх, отвращение или гнев?» Способы выражения эмоций широко варьируют, им могут предшествовать неспецифические стадии пробуждения чувств. Поэтому эмоции и аффекты (мы пользуемся этими двумя терминами как синонимами) могут быть прерваны на недифференцированной предварительной стадии, так сказать, в корне. Но они также могут накапливаться, формируя тревогу. Технически следует иметь в виду широкий спектр аффектов, потому что словесное обозначение качественно различных эмоций может облегчить интеграцию или сделать накопление аффектов более или менее затрудненным.

Естественно, всегда существовал ряд других вопросов, которыми Уэлдер здесь не интересуется. С терапевтической и диадической точек зрения (мы должны быть внимательными, чтобы не упустить и их из виду) аналитик задает себе много вопросов, имеющих общий знаменатель, таких, как: «Что я такого делаю, что заставляет пациента испытывать эту тревогу и что провоцирует это сопротивление» — и самое главное: «Какой вклад я вношу, чтобы это преодолеть?» При обсуждении этих диагностических соображений необходимо отделять друг от друга различные аффективные сигналы. Сегодня даже такой консерва-

тивный аналитик, как Бреннер (Brenner, 1982), признает, что депрессивные аффекты и неприятные аффекты тревоги являются факторами равной значимости в формировании конфликтов. Тот факт, что сомнительно приписывать автономию именно сложным депрессивным аффектам в сигнальной системе, не важен для нашего обсуждения. Важнее всего получить полное представление о регуляции удовольствия — неудовольствия и генезисе конфликта, при этом не ограничиваясь тревогой, каким бы важным ни был этот прототипный аффективный сигнал.

Необходимо особо исследовать коммуникативный характер аффектов в теории защитных процессов (и сопротивления), как подчеркивает Краузе (Krause, 1983). В своих ранних работах Фрейд придавал большое значение экспрессивному эмоциональному поведению, и это он перенял у Дарвина (Darwin, 1872). Позднее в его теории влечений аффекты все больше и больше рассматривались как продукция разрядки и катексиса. Влечение находит свое выражение в идее и аффекте и внутренне разряжается: «Аффективность особенно проявляется в моторной (секреторной, вазомоторной) разрядке в результате (внутреннего) изменения тела субъекта безотносительно к внешнему миру, в подвижности — в действиях, которые вызывают изменения во внешнем мире» (Freud, 1915e, p. 179). Фрейд в этом утверждении описал отношения влечения и аффекта односторонне: аффекты стали производными влечений, их коммуникативный характер кажется утерянным. Как видно из всеобъемлющего обзора Краузе, взаимодействие влечения и аффекта фактически является комплексным и происходит не только в одном направлении (от влечения к аффекту). Мы будем иметь дело с этой сложной проблемой только в той степени, насколько она касается нашего понимания сопротивления.

Если происхождение тревоги, гнева, отвращения и стыда — назовем лишь несколько аффективных состояний — понимать односторонне, лишь как следствие изменений телесного баланса, это, конечно, возымеет далеко идущие последствия для терапевтических отношений. Это приведет к отрицанию интеракционального генезиса тревоги, гнева, отвращения, стыда и их сигнальной функции. Но ведь именно коммуникативные процессы делают понятной заразительность аффектов, наблюдаемую Фрейдом в групповых процессах. Взаимосвязанность, характеризующая возбуждение аффектов в других, усиление или ослабление циркулярного процесса, формирует основу эмпатии. Поэтому в терапии аналитик, благодаря своему эмпатическому пониманию аффективных состояний, тоже может чувствовать, что эмоции носят коммуникативный характер.

То, что чувства и аффекты стали связываться с дуалистической теорией влечений, привело к путанице между влечением и аффектом, между либидо и любовью, между агрессией и враждебностью (G. Blanck, R. Blanck, 1979). Если эту путаницу перенести и на сигнальную тревогу, то будет ограничена способность воспринимать другие аффективные системы. То, что различные аффекты и их диадические функции следует учитывать в коммуникации, приобретает все большую важность в психоаналитических теориях объектных отношений. Нам бы хотелось описать функцию аффективной коммуникации в регуляции отношений и защитную функцию сопротивления, связанную с ней, процитировав Краузе. После описания сложной смеси аффектов и инстинктивных актов в сексуальном взаимодействии он заключает:

> Прежде чем между двумя людьми произойдет конечный акт сексуального характера, им надо убедиться, что они вообще могут быть вместе, то есть между партнерами дистанция должна быть уменьшена и наконец уничтожена. Это может произойти, только если аффект тревоги, обычно сопровождающий такие процессы, перевешивается антагонистическими по отношению к нему аффектами радости, любопытства, интереса и чувством безопасности. Это происходит посредством взаимной индукции позитивных аффектов (Krause, 1983, p. 1033).

Краузе отсылает ко взаимной индукции позитивных аффектов и снижению аффекта тревоги. Нет сомнений, что при импотенции конечный физиологический акт может быть нарушен бессознательной кастрационной тревогой или при фригидности может развиваться как результат бессознательной тревоги стыда. Здесь предметом обсуждения является взаимодействие эмоциональных компонентов, таких, как безопасность, доверие, любопытство и радость с сексуальным вожделением, то есть с сексуальным возбуждением и сексуальными актами в узком смысле этого слова. Эта смесь целенаправленных желаний, стремящихся к кульминации желания, вкупе с эмоциями, в психоанализе обычно редуцируется до схемы эдипова и догенитального инстинктивного удовлетворения и объектных отношений. Поступая так, аналитики легко упускают из виду широкий спектр качественно разнообразных эмоций. Балинт (Balint, 1935) одним из первых рассмотрел эту проблему на примере нежности. Объектные отношения и контрперенос, возможно, играют такую важную роль в современных дискуссиях, потому что имеют отношение к подлинным и качественно четким эмоциональным переживаниям, которые не являются просто функцией фаз развития либидо.

Повседневный психоаналитический опыт показывает, что пациент может отказаться от поведения, характеризующегося сопротивлением, если он чувствует себя безопасно и достигнуто

доверие. Такой опыт согласуется с результатами психоаналитических исследований взаимодействия матери и ребенка. Нам бы хотелось упомянуть о наблюдениях Боулби (Bowlby, 1969) над привязанностью и значимостью аффективного взаимодействия ребенка со своей матерью, поскольку эксперименты по депривации Харлоу (Harlow, 1958) с молодыми обезьянами предполагают сходную интерпретацию.

В то время как удовлетворение голода, орального инстинктивного компонента, согласно психоанализу, является необходимым условием выживания, эмоциональные объектные отношения выступают условием для сексуальной зрелости. Обезьяны, лишенные в молодости контакта со своими матерями на достаточный период и довольствовавшиеся только проволочными куклами или меховыми суррогатами, то есть обезьяны, лишенные объекта, делающего возможной эмоциональную связь и (воспользуемся термином антропоморфизма) предлагающего безопасность, неспособны к сексуальным актам. Краузе предлагает объяснение, согласно которому депривация лишает обезьян возможности переживать аффекты в присутствии другого (безопасность, доверие, любопытство и радость), что необходимо для совершения сексуальных актов. Согласно интерпретации этих наблюдений Шпицем (Spitz, 1965), здесь отсутствует взаимность и диалог.

С другой стороны, можно искать аффективную безопасность в пристрастии к инстинктивному удовлетворению в форме переедания или чрезмерного мастурбирования. Взаимодействие инстинктивных процессов и аффективных сигналов может привести к обратно направленным процессам. По этой причине говорят о преодолении тревоги посредством сексуализации или регрессии до оральных паттернов удовлетворения; распространен взгляд, что так происходит при многих заболеваниях.

Например, очень впечатляющи проявления трансферентной любви-зависимости в отсутствие каких-либо диагностических факторов, указывающих на наличие характерной для патологических зависимостей личностной структуры. Тогда возникает вопрос, ищет ли пациент в излишнем мастурбировании поддержки и в какой степени и не сталкивается ли пациент с неудачей в поисках этой поддержки в аналитической ситуации, потому что аналитик не дает аффективного резонанса. Как правило, психоаналитики заставляют себя проявлять необычную сдержанность, так как они связывают сигналы аффектов с тревогой и относят эту тревогу к страху перед интенсивностью влечения. Способность аналитика к резонансу может развиваться свободнее, если рассматривать аффекты как носители смысла (Modell, 1984a, p. 234; Green, 1977), а не как производные влечений,

так как ответная реакция вовсе не тождественна удовлетворению потребности.

Выделение аффективного и когнитивного аспектов в теории влечений было частично обусловлено тем, что терапевтический опыт показал, что «воспоминание без аффекта почти никогда не приводит ни к какому результату. Психический процесс, изначально имевший место, должен быть воспроизведен как можно живее; он должен прийти к своему status nascendi и затем получить словесное выражение» (Freud, 1895d, p. 6). Следствием этого наблюдения для теории сопротивления и защитных процессов стало положение о различии между аффектами и идеями. Мы считаем, что значимость процессов расщепления состоит не в том, что влечения представлены дважды — и как идеи и как аффекты, как будто это расщепление естественно. Напротив, интерактивные аффективные процессы в действительности также и когнитивны по своей природе. Поэтому можно говорить, что экспрессивное поведение связано с пониманием аффектов. Конечно, это единство аффекта и познания, чувства и идеи может быть утеряно. Но, независимо от того, какие аффекты участвуют в генезисе конфликта и в нарушении чувства безопасности и самоощущения, в любом случае в сфере симптоматики устанавливается равновесие, которое дальше стабилизируется повторениями.

Каждому известно, как трудно изменить привычки, которые стали второй натурой. Хотя пациенты стремятся к изменению по причине своих страданий, им бы хотелось оставить незатронутыми соответствующие межличностные конфликты. Поэтому конфликты отношений, создающие различные формы трансферентного сопротивления, являются объектами такой интенсивной борьбы. Достигаемые при этом компромиссы, хотя они и связаны со многими недостатками, дают определенную степень безопасности. Поэтому предположение Карузо (Caruso, 1972), что речь идет о механизмах взаимодействия, а не о механизмах защиты в межличностной сфере, так же убедительно, как и интеракционная интерпретация Менцосом защитных процессов (Mentzos, 1976).

Защитные процессы ограничивают или прерывают аффективно-когнитивное взаимодействие. Следствия защитного процесса отказа по определению больше направлены вовне, а следствия вытеснения более направлены вовнутрь. Но это различие в степени: там, где есть отказ и отрицание, также можно наблюдать вытеснение и его проявления. Мы особенно выделяем адаптивную функцию сопротивления, потому что сильное нежелание пациента сотрудничать в процессе лечения часто рассматривается как нечто негативное. Если аналитик представит себе, что пациент с помощью своего сопротивления достиг самых луч-

ших из возможных способов разрешения своих конфликтов и таким образом поддерживает равновесие, тогда он будет лучше вооружен для выполнения задачи по созданию условий для устранения сопротивления.

Пациент не может признаться себе в своих чувствах к аналитику либо по причине самоуважения, либо из-за своего страха перед аналитиком. Повседневный психологический смысл этой нарциссической защиты ясно показал Стендаль: «Надо соблюдать осторожность, чтобы не отпустить вожжи надежды, прежде чем вы уверитесь, что восхищение имеет место, иначе вы получите лишь пресную скуку, совершенно несовместимую с любовью, единственным лекарством против которой будет вызов вашей самооценке» (Stendhal, 1975, p. 58).

Когда пациент сможет удостовериться, что он достиг «восхищения»? Как он может определить, что он не создал «пресной скуки, совершенно несовместимой с любовью»? Аналитик должен быть способен ответить на эти вопросы, если он хочет продуктивно овладеть трансферентным сопротивлением. Но слова Стендаля также имеют отношение к важной функции невербальной коммуникации (относящейся к предсознательному), связанной с происхождением чувств, показывающих отношение, будь то любовь или сопротивление. В этом отношении поучительно, что описание Эриксоном сопротивления идентичности, к которому можно подвести все несмешанные формы сопротивления, почти не нашло отклика в психоанализе. Возможно, эта непопулярность объясняется сильной психосоциальной ориентацией работ Эриксона, так как связь между сопротивлением и чувством безопасности (Sandler, 1960; Weiss, 1971) или ощущением Я (Kohut, 1971) в целях избежать повреждений не очень отличается от сопротивления идентичности.

## 4.3 Вытеснение и трансферентное сопротивление

Прототипом для фрейдовского понимания действия сформировавшихся механизмов защиты было описанное им сопротивление вытеснения. Сопротивление вытеснения осталось основным проявлением механизмов защиты даже после того, как А.Фрейд систематизировала теории защитных механизмов. Мы согласны с тем, как Сандлер и его соавторы описывают функции различных форм сопротивления, соответствующего защитным механизмам. Согласно этим авторам, сопротивление вытеснения возникает тогда, когда пациент защищается «от импульсов, воспоминаний и чувств, которые, если они проникнут в сознание, привели бы к болезненному состоянию или к угрозе возникновения такого состояния». Они рассуждают далее:

Вытеснение-сопротивление можно рассматривать и как отражение так называемой «первичной выгоды» от невротического заболевания, так же как невротические симптомы можно рассматривать как крайнее средство, направленное на защиту индивида от осознания неприятного и болезненного содержания. Процесс свободного ассоциирования во время психоанализа создает постоянную потенциальную ситуацию опасности для пациента из-за того, что процесс свободного ассоциирования дает возможность появляться вытесненному, а это в свою очередь вызывает вытеснение-сопротивление. Чем ближе к осознанию приближается вытесненный материал, тем больше сопротивление, и задачей аналитика является облегчить посредством интерпретаций проникновение такого содержания в сознание в терпимой для пациента форме (Sandler et al., 1973, p. 74).

При помощи этого фрагмента нам бы хотелось еще раз подчеркнуть, что наблюдение видимых чувств и поведения предполагает, что бессознательные или предсознательные процессы защиты активны. Природа самообмана, искажения, обратного переворота, короче, трансформации и прерывания становится все более и более очевидной, чем ближе подходит пациент к происхождению своих чувств в безопасных рамках аналитической ситуации. Это связано с подлинностью чувств и переживаний, поэтому поверхностная сторона характера человека часто называется фасадом или даже панцирем характера (Reich, 1933). Эта негативная оценка того, что на поверхности, может, к несчастью, усилить самоутверждение, то есть вызвать сопротивление у тех пациентов, которые изначально не могут принять такую оценку. Таковы неблагоприятные побочные следствия введенного Райхом анализа характера.

К систематизации Райха, отражающей проблему формы и содержания, конечно, не следует подходить с меркой злоупотреблений ею. Открытие Райхом (Reich, 1933, p. 65) того, что «сопротивление характера выражается не *содержательно*, а *формально* в типичных проявлениях поведения вообще, в манере говорить, в походке, в выражении лица и типичных отношениях» (курсив наш), независимо от либидо-экономического объяснения панциря характера. Райх предложил очень проницательное описание непрямого аффективно-экспрессивного поведения, которое все же проявляется, несмотря на сопротивление.

Аффект проявляется телесно и особенно в выражении лица, а его когнитивный или фантазийный компонент меняется в размерах в зависимости от того, насколько они отделены во времени или вытеснены. Мы называем эти процессы изоляцией или расщеплением. Райх показал, что защитные процессы отделяют аффект от его когнитивного представления и видоизменяют его различными способами. Краузе справедливо отмечает, что подход Райха не получил своего дальнейшего развития, и продолжает:

Это ознаменовало прекращение влияния теории аффектов Дарвина на психоанализ. Оно было основано на том, что Фрейд, шедший от неврологии, мог рассматривать аффект только как моторную разрядку, ведущую к внутреннему изменению в собственном теле человека, и игнорировал социальную и экспрессивную составляющие аффекта и связь между ним и произвольным действием. Вследствие этого из виду было упущено, что социализация аффекта частично осуществляется посредством автоматического и постоянного контроля моторно-экспрессивной системой, что это единственный способ предотвращения развития изначального аффекта и что этого можно часто успешно достичь без развития бессознательной фантазии (Krause, 1985, p. 281—282).

В 1930-х годах клинические знания настолько обогатились, что стала возможной и даже необходимой их систематизация. В 1926 году Фрейд (1926d) все еще мог ограничиваться прототипом, а именно сопротивлением вытеснения. Но на основании списка защитных механизмов, представленного А.Фрейд, после 1936 года возникла необходимость говорить о регрессии, изоляции, проекции, сопротивлении, интроекции и о сопротивлении неделанием, свидетельстве против самого себя, превращении в противоположность, сублимации и реактивном образовании. Фактически Райх прежде всего ориентировал свою теорию анализа характера на сопротивление в виде реактивного образования. Диагноз реактивного образования является ценным вспомогательным средством для оценки сопротивления в терапевтической ситуации, как это продемонстрировано критическим анализом Хоффманна психоаналитической характерологии (Hoffmann, 1979). Нам бы хотелось напомнить читателям о видах сопротивления, соответствующих реактивному образованию у орального, анального и фаллического характеров.

Сандлер и его соавторы дали такое определение сопротивлению переноса:

...хотя по своей сути очень похожее на сопротивление вытеснения, трансферентное сопротивление обладает особым качеством, выражающим инфантильные импульсы и борьбу с ними. Это импульсы, возникшие в прямой или модифицированной форме в отношении к личности аналитика. Аналитическая ситуация вновь оживила в форме искажения реальности в данный момент материал, который был вытеснен или с которым имели дело каким-то иным способом (например, превращением в невротический симптом). Это оживление прошлого в психоаналитических отношениях приводит к переносу-сопротивлению (Sandler et al., 1973, p. 74—75).

Все еще поучительна история открытия Фрейдом трансферентного сопротивления при его попытках способствовать свободным ассоциациям (Freud, 1900a, p. 532; 1905e, p. 118; 1912b, p. 101). Это история о том, как нарушается процесс ассоциирования, когда пациент находится под влиянием ассоциации, имеющей отношение к личности врача. Чем интенсивнее пациент озабочен личностью врача, что, естественно, также за-

висит от количества времени, которое врач проводит с пациентом, тем в большей степени оживают его бессознательные ожидания. Надежда на излечение связывается со стремлением к исполнению желаний, которое не соответствует объективным отношениям врача и пациента. Если пациент переносит на аналитика бессознательные желания, которые вытеснены в отношениях с другими значимыми для него людьми, то может пробудиться самое сильное сопротивление дальнейшей коммуникации, которое находит свое выражение в утаивании или молчании.

Нам бы хотелось подчеркнуть, что трансферентное сопротивление было открыто в форме сопротивления *против* переноса, и как таковое его снова и снова может наблюдать каждый аналитик даже во время первых интервью. Однако возникает законный вопрос: почему так много шуму вокруг такого будничного события, почему мы подчеркиваем, что первичные явления следует понимать как сопротивление переносу?

Техническое правило, заключающееся в том, что аналитику следует начинать с того, что на поверхности, и работать в направлении «глубин», просто означает, что аналитику следует интерпретировать сопротивление переносу *до* того, как будут интерпретироваться перенесенные представления и аффекты и их ранние формы в детстве. Гловер (Glover, 1955, p. 121) особо предостерегал от жесткого и абсолютного применения этого правила и подчеркивал, что мы *обычно* в первую очередь озабочены сопротивлением переносу. Вместе со Стоуном (Stone, 1973) и Гиллом (Gill, 1979) мы видим огромную важность терминологического различения сопротивления переносу, в особенности для пациента, начинающего осознавать перенос, и феноменологии переноса вообще. Мы надеемся, что сможем продемонстрировать преимущества, которые дает неуклюжая фраза «сопротивление осознанию переноса», согласившись с различением, которое сделал Стоун между «тремя широкими аспектами отношения между сопротивлением и переносом»:

> С учетом технической адекватности пропорциональная важность каждого [из этих аспектов] будет варьироваться для каждого отдельного пациента, особенно при глубокой психопатологии. Во-первых, это — сопротивление осознанию переноса и его субъективная переработка в неврозе переноса, во-вторых, это — сопротивление динамическим и генетическим ограничениям невроза переноса и в конечном счете сама привязанность переноса, однажды установившаяся в сознании. В-третьих, это — представление об аналитике в переносе... в переживающей части Эго пациента — одновременно как объект Ид и как экстернализированное Супер-Эго (Stone, 1973, p. 63).

Из множества смыслов, которые придаются понятию сопротивления, мы считаем технически очень важным выделить сопротивление осознанию переноса. Это выражает тот факт, что

перенос в самом широком его значении является первичной реалией. Так должно быть, поскольку человек рождается социальным существом. Сопротивление может быть направлено только против чего-либо, существующего в настоящее время, например против определенных отношений. Ясно, что мы имеем в виду всеобъемлющее понимание переноса как отношения. Различения вводятся, когда аналитик показывает пациенту «здесь» и «там», то есть что поведение избегания, колебания, забывания направлено на отношения, находящиеся еще глубже.

Если не упустить из виду адаптивной функции, опасность того, что интерпретации сопротивления могут быть восприняты как критика, уменьшается. Поэтому аналитику лучше делать предположения об объекте сопротивления и о том, как достигается почти рефлекторное приспособление, уже в начальной фазе терапии. В соответствии с шагами, которые выделил Стоун, существенным фактором является скорость, с которой аналитик переходит от «здесь-и-теперь» к «тогда-и-там», из настоящего в прошлое. Конечно, овладение сопротивлением вытеснения происходит в настоящем. Терапевтический потенциал своими корнями уходит в многочисленные сравнения между ретроспекцией пациента и тем, как видит вещи аналитик, а также и в обнаружение того, что пациент в терапевтической ситуации делает заключения по аналогии. Пациент стремится создать перцептивную тождественность там, где могло бы быть воспринято нечто новое; странным образом принятие пациентом бессознательных воспоминаний идет рука об руку с увеличением дистанции по отношению к прошлому.

Просто потому, что он отличается от других людей, аналитик вносит свой вклад в этот далеко идущий аффективный и когнитивный процесс дифференциации. Те многочисленные черты сходства с другими людьми, которые есть у аналитика, в аналитической ситуации могут быть усилены контрпереносом. Аналитик стимулирует способность пациента к дифференцированию тем, что называет чувства и восприятия их правильными именами. Ради ясности повторим, что сопротивление переносу не упоминается и не определяется как таковое; напротив, мы рекомендуем избегать все слова, которые употребляются в языке психоаналитической теории. Важно говорить с пациентом на его собственном языке, чтобы получить доступ в его мир.

Тем не менее аналитик наделяет чувства ненависти и любви, к примеру, эдиповым смыслом, упоминая о них в таком контексте. Это также верно для других форм и содержаний сопротивления и переноса. Какие виды переноса и сопротивления возникают «здесь-и-теперь», в очень большой степени зависит от того, как аналитик проводит лечение (о причинах см. гл. 2). Разовьется ли изначальное сопротивление пациента осознанию пере-

носа в сопротивление переноса, в том смысле, что пациент будет стремиться только что-то повторять в своем отношении к врачу, а не вспоминать и прорабатывать, и разовьется ли это сопротивление переноса в трансферентную любовь и эротизированный перенос — с тем, чтобы превратиться потом в разновидности этих фаз или даже, в конце концов, стать негативным переносом, — эти варианты судьбы трансферентного сопротивления обоюдны, диадичны по своей природе, каким бы значительным ни был вклад психопатологии пациента. Мы надеемся, что то, что мы начали с сопротивления осознанию переноса, даст нам преимущества при рассмотрении других видов трансферентного сопротивления. Эта форма сопротивления сопровождает весь курс лечения, потому что соприкосновение с любым конфликтом или проблемой в терапевтической ситуации может привести к сопротивлению.

Во второй главе мы рассматривали наиболее важные условия, которые необходимо соблюдать, чтобы подтвердить утверждение Фрейда о том, что перенос становится «самым могущественным терапевтическим инструментом» в руках врача (1923a, p. 247). Имея в виду разновидности переноса, можно перефразировать Фрейда, подчеркнув важность для динамики лечения влияния аналитика на генезис и ход трех типичных видов трансферентного сопротивления. Кратко суммируем эти три формы сопротивления: сопротивление против переноса, трансферентная любовь и трансформация последней либо в ее более интенсивную форму — эротизированный перенос, либо ее превращение в свою противоположность, то есть в негативный (агрессивный) перенос.

## 4.4 Сопротивление Оно и Сверх-Я

Во введении к этой главе (разд. 4.1) мы предлагали типологию пяти форм сопротивления, которую задумал Фрейд в самом начале своего пересмотра теории тревоги и в контексте своей структурной теории. Наблюдение явлений мазохизма и интерпретация актов сурового самонаказания привели Фрейда к утверждению о существовании бессознательных областей Я. Концепция сопротивления Сверх-Я, таким образом, значительно обогатила аналитическое понимание бессознательного чувства вины и негативных терапевтических реакций. Сопротивление Сверх-Я становится психологически понятным в контексте психосексуального и психосоциального генезиса Сверх-Я и идеалов и в свете описания процессов идентификации в жизни индивида и в группах, как это представлено Фрейдом в работах «Я и Оно» (1923b), «Психология масс и анализ Я» (1921c). В последние

десятилетия в психоаналитических исследованиях обнаружено большое число бессознательных мотивов негативной терапевтической реакции. Негативная терапевтическая реакция будет рассматриваться особо в отдельном разделе в силу важности этих открытий для техники лечения. Однако сначала нам бы хотелось попытаться изложить фрейдовские теоретические объяснения сопротивления Оно и Сверх-Я.

Уже упоминались клинические явления, ведущие к сопротивлению Оно. Это негативная и эротизированная формы переноса в той степени, в какой они становятся неразрешимым сопротивлением. Фрейд отметил, что некоторые пациенты не хотят или не могут отказаться от своей трансферентной ненависти или любви в силу определенных черт, присущих Оно, которые также присутствуют и в Сверх-Я. Но сопротивление Оно и сопротивление Сверх-Я имеют одну общую клиническую особенность: они затрудняют лечение или полностью ему препятствуют. Фрейд заметил, что эти не очень понятные формы сопротивления возникают в дополнение к защитным мерам сопротивления Я, то есть в дополнение к сопротивлению вытеснения и сопротивлению, основанному на вторичной выгоде (разд. 4.5). Затем он проследил происхождение эротизированного переноса и негативной терапевтической реакции в сопротивлении против сепарации влечений от их предыдущих объектов и путей разрядки либидо. Теперь мы перейдем к тому, как Фрейд объяснял непокорные безрассудные страсти эротизированного переноса и формы негативного переноса, не поддающиеся коррекции.

Читателя может удивить, что сопротивление Оно и Сверх-Я рассматриваются в одном и том же разделе. Однако, несмотря на то что Оно и Сверх-Я располагаются на противоположных полюсах структурной теории Фрейда, они связаны инстинктивной природой человека, которую предполагал Фрейд. Благодаря этой связи он проследил происхождение очень разных явлений сопротивления Оно и Сверх-Я от одних и тех же корней. Фрейд рассматривал негативную терапевтическую реакцию и непреодолимую трансферентную любовь исключительно как результат действия биологических сил, которые проявляются как навязчивое повторение в анализе и в жизни индивида.

Тем не менее как терапевт Фрейд продолжал поиски психических причин злокачественных видов переноса и регрессии. В своей поздней работе «Конечный и бесконечный анализ» (1937c) он рассматривает проблемы, возникающие в процессе достижения латентных конфликтов, оставшихся незатронутыми в течение жизни пациента до тех пор, пока не началась терапия. Он также кратко касается влияния, которое может оказывать на аналитическую ситуацию и на процесс лечения личность аналитика. Но психологическое объяснение успехов и неудач, то

есть классификация факторов, влияющих на лечение, и способов, благодаря которым они становятся эффективными в аналитической ситуации, больше не занимало центрального места в его интересах. Размышления Фрейда (производные от натурфилософии) по поводу экономического обоснования сопротивления Оно и Сверх-Я берут начало в его наблюдениях над неизбежными повторениями любви и ненависти, эротизированного и негативного переноса.

Неясные формы сопротивления Оно и Сверх-Я кажутся необъяснимыми в рамках глубинной психологии. Эта неясность была частично преодолена, но одновременно и осталась туманной для Фрейда в силу его увлеченности предположением о навязчивом повторении, обоснование которого он искал в консервативной природе влечений. Его утверждение, что влечение к смерти является условием навязчивого повторения, затушевало значение открытия сопротивления Сверх-Я. Сходным образом сопротивление Оно казалось неразрешимым из-за консервативной природы влечений.

Мы упомянули, что сопротивление Оно и Сверх-Я охватывает разнообразные явления, и мы отдаем себе отчет в том, что Фрейд приписывал им разные экономические основы. Фрейд видел больше возможностей в достижении модификации сопротивления Оно путем его проработки (см. гл. 8), чем модификации сопротивления Сверх-Я. По Фрейду, в одном случае мы скорее имеем дело с разрывом либидозных привязанностей, которые фрустрируются инерцией либидо, в другом — с борьбой против последствий влечения к смерти. Фрейд стремился найти (и полагал, что ему это удалось) общий знаменатель для этих двух форм сопротивления в консервативной природе влечений: в «сцепляемости, вязкости» (Klebrichkeit) (1916/17, р. 348), «инертности» (Trägheit) (1918b, р. 115) или «вялости» (Schwerbeweglichkeit) (1940a, р. 181) либидо. С точки зрения Фрейда, пациент стремится к повторению из-за вязкости либидо, вместо того чтобы преодолеть потребность в удовлетворении эротизированного переноса и положиться на воспоминания и на принцип реальности. Тогда ненависть — негативный перенос — есть результат разочарования.

Таким образом, пациент помещает себя в ситуации, в которых он повторяет предыдущий опыт, не будучи способным вспомнить те объекты либидо, которые послужили моделью его любви и ненависти. В самом деле, он настаивает, что все происходит в настоящем и не есть результат его любви (ненависти) к его отцу (матери). Однако фактически аналитик выступает объектом любви и ненависти, прежде направленных на отца и на мать. Эти рецидивы не нарушают принципа удовольствия; значение имеет лишь разочарование в любви. В навязчивом по-

вторении, в смысле сопротивления Сверх-Я, задействована другая негативная сила: агрессия, производная от влечения к смерти.

Чтобы помочь читателю разобраться в этих сложных проблемах, мы сначала опишем на основе работы Кремериуса (Cremerius, 1978), как было открыто навязчивое повторение. Затем мы рассмотрим на примере так называемой негативной терапевтической реакции, как сильно расширяется наше подлинное аналитическое понимание этого явления и навязчивого повторения в целом, когда оно освобождено от метапсихологических размышлений Фрейда.

Явление навязчивого повторения в достаточной степени свидетельствует о том, что люди сами с роковой неизбежностью снова и снова попадают в сходные неприятные ситуации. В работе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920g) Фрейд описал силу навязчивого повторения на примере невроза судьбы и травматического невроза. Для Фрейда общей чертой этих двух форм невроза было то, что состояние страдания, очевидно, неизбежно в жизни человека. Травматические переживания, даже относящиеся к прошлому, могут доминировать в мышлении и чувствах человека годами. Тогда совершенно очевидно, что мучительное скопление типичных разочарований и катастроф в личных отношениях возникает не по вине пациента, и также ясно, что их повторение неизбежно.

Именно из-за повторного возникновения травматических событий в сновидениях Фрейд теперь представил очень правдоподобную психологическую теорию, ориентированную на решение проблем. Лечение пациентов с травматическими неврозами тоже показывает, как Я, так сказать, использует повторение, чтобы овладеть травмирующей потерей контроля. В терапии пациент актуализирует это травмирующее переживание с целью избавления от сопровождающих его болезненных чувств и с надеждой, что аналитик сможет победить их для него. Таким образом, навязчивое повторение можно понимать как попытку связать травматическое переживание с межличностным контекстом и тем самым психологически его интегрировать. Мы рассмотрим это подробнее, когда будем обсуждать сновидения (гл. 5). Во введении (гл. 1) мы уже обратили внимание на фундаментальное значение решения проблем как рамок для техники лечения. Нет ничего более естественного, чем рассматривать очевидно непонятный и неизбежный невроз судьбы как проявление бессознательных, то есть психических, паттернов поведения.

Но психоаналитические исследования Фрейда в этом вопросе дальше никуда не ведут. Негативная терапевтическая реакция стала решающим обстоятельством, свидетельствующим в пользу

гипотезы о том, что сопротивление Сверх-Я производно в конечном счете от влечения к смерти. Ради краткости мы опускаем несколько ступеней в этой аргументации, но Фрейд пришел к такому заключению и принял его до конца. В посмертно опубликованной работе «Очерк психоанализа» он писал: «Не может быть и речи об ограничении того или иного базового влечения одной из сфер психики, они обязательно должны встречаться повсюду» (1940а, р. 149). В этом утверждении Фрейд повторяет свое раннее предположение о том, что, когда поняты влечение к жизни и влечение к смерти, Сверх-Я выступает как чистая форма последнего (1923b, р. 53).

Теперь мы можем утверждать следующее: открытие Фрейдом бессознательного чувства вины, негативной терапевтической реакции и сопротивления Сверх-Я — все это в целом положило начало пересмотру его теории. Поскольку значительные сферы Я бессознательны, было вполне естественным, что он заменил топографическое разделение (бессознательное, предсознательное и сознание) структурной теорией. Приблизительно в то же самое время приобрел новый смысл дуализм влечений к жизни и смерти. Причины навязчивого повторения усматривались и искались в консервативной природе влечений — либо в инертности либидо, либо во влечении к смерти, со стремлением вернуться в неживое состояние. То, что Фрейд связывал эту новую дуалистическую теорию влечений со структурной теорией, по-видимому, объясняет, почему попытки проведения психоаналитической терапии наталкиваются на сопротивление Оно, неразрешимый эротизированный перенос и сопротивление Сверх-Я. Это происходит в силу катексиса наполнения бессознательных областей Сверх-Я деструктивными элементами влечения.

В ретроспективе невозможно не согласиться с точкой зрения, что именно связанное с влечениями объяснение сопротивления Оно и Сверх-Я стало причиной того, что терапевтическое применение и *глубинно-психологическое* понимание бессознательного чувства вины и негативной терапевтической реакции пришли позднее. Преодоление этих форм сопротивления — дело определенно непростое, но именно размышления Фрейда по поводу натурфилософии являются тем фактором, который превращает аналитика в Дон Кихота, ошибочно принимающего ветряные мельницы за великанов и тщетно с ними сражающегося. Нам также нет необходимости чувствовать себя Сизифами; малоизвестное феноменологическое и психоаналитическое толкование Лихтенштейном (Lichtenstein, 1935) мифа о Сизифе может также вывести из тупика псевдобиологических предположений о навязчивом повторении.

*4.4.1 Негативная терапевтическая реакция*

В своем сообщении о случае Человека-Волка Фрейд описал «преходящую негативную реакцию» своего пациента:

> Каждый раз, когда что-то совершенно определенно прояснялось, он пытался противоречить этому результату усилением на какое-то время того симптома, который был прояснен. Как известно, существует правило, по которому дети таким же образом относятся к запретам. Когда их за что-либо упрекают (например, за то, что они создают невыносимый шум), они повторяют это еще раз после запрета, прежде чем остановиться. Так они достигают того состояния, при котором они останавливаются, как предполагается, по своей собственной инициативе, а не повинуясь запрету (1918b, p. 69).

Приводя эту аналогию с подрастающими детьми, Фрейд говорит о запретах, которых дети не слушаются. Важно, что происходит усугубление данного симптома после решающего прояснения, а также то, что Фрейд считает непослушное и негативное поведение выражением *независимости*. Проблема решается совместно, в то время как добровольное прекращение есть выражение самоутверждения и независимости. Фрейд также поместил в центр внимания терапевтические отношения в следующем обширном определении негативной терапевтической реакции:

> Существуют люди, которые во время аналитической работы ведут себя совершенно удивительным образом. Когда с ними говорят обнадеживающе или выражают удовлетворение прогрессом лечения, они выказывают признаки неудовлетворения и их состояние неизменно ухудшается. Кто-то начинает рассматривать это как вызов, как попытку доказать врачу свое превосходство. Но затем можно прийти к более глубокому и справедливому мнению. Можно убедиться, что такие люди не только не могут выносить похвалы или положительной оценки, но и что они обратным образом реагируют на прогресс лечения. Каждое частичное решение, которое должно принести результат, и действительно приносит результат у других людей как облегчение или временное прекращение симптоматики, вызывает у них на какое-то время обострение болезни; им становится хуже во время лечения, а не лучше. Они демонстрируют то, что известно как «негативная терапевтическая реакция» (Freud, 1923b, p. 49).

Хотя описанное здесь представляет собой некую крайность, тем не менее это описание может быть применимо в какой-то степени к очень многим, возможно даже ко всем, трудным случаям невроза (Freud, 1923b, p. 51).

Учитывая то наблюдение, что очень многие пациенты реагируют негативно именно тогда, когда аналитик выражает удовлетворение прогрессом лечения, и особенно когда он дает точные интерпретации, удивительно, что Фрейд все же увлекся моделью интрапсихического конфликта и концепцией сопротивления Сверх-Я. Из наблюдений негативной терапевтической реак-

ции он заключил, что существует бессознательное чувство вины, «которое находит свое удовлетворение в болезни и отказывается прекратить наказание страданием» (1923b, р. 49). Позднее Фрейд повторил это объяснение в слегка измененной форме:

Люди, у которых это бессознательное чувство вины чрезвычайно сильно, выдают себя в аналитическом лечении негативной терапевтической реакцией, столь неприятной с прогностической точки зрения. Когда им дается разрешение симптома, за которым обычно должно следовать по крайней мере временное исчезновение последнего, то они выказывают вместо этого мгновенное обострение симптомов болезни. Часто их достаточно похвалить за их поведение в лечении и сказать им несколько обнадеживающих слов по поводу прогресса анализа, чтобы вызвать непременное ухудшение их состояния. Неаналитик сказал бы, что отсутствует «воля к выздоровлению». Если последовать аналитическому способу мышления, вы увидите в таком поведении проявление бессознательного чувства вины, для которого болеть, со всеми сопровождающими болезнь страданиями и осложнениями, — это именно то, что нужно (Freud, 1933a, р. 109—110).

Наконец, Фрейд проследил происхождение бессознательной мазохистской тенденции — мотива негативной терапевтической реакции — в агрессивном и деструктивном влечении, то есть влечении к смерти. Последнее, как и консервативная природа влечений, на нем основывающаяся, тоже является причиной неудач в случаях нескончаемого анализа, как это можно прочитать в поздней работе Фрейда «Конечный и бесконечный анализ»:

Часть этой силы, несомненно справедливо, признана нами как чувство вины и потребность в наказании и локализована внутри отношения Я к Сверх-Я. Но это только ее часть, которая, так сказать, психически связана посредством Сверх-Я и поэтому становится узнаваемой; другие части этой же самой силы, связанные или свободные, могут быть задействованы в других неопределенных местах. Если мы рассмотрим полную картину, составленную этими проявлениями мазохизма, присущими столь многим людям с негативной терапевтической реакцией и чувством вины, обнаруживаемыми у столь многих невротиков, мы больше не сможем верить в то, что душевные события управляются исключительно желанием удовольствия. Эти явления безошибочно указывают на присутствие в душевной жизни силы, которую мы называем в соответствии с ее целями агрессивным или деструктивным влечением и происхождение которой мы видим в изначальном влечении живой материи к смерти (Freud, 1937c, р. 242—243).

Когда сегодня мы заново открываем негативную терапевтическую реакцию и бессознательное чувство вины (в форме сопротивления Сверх-Я во время лечения), мы находимся в более благоприятном положении по сравнению с Фрейдом. Между тем многие аналитики исследовали вопрос, почему именно интенсификация отношений между пациентом и аналитиком, связанная с точной интерпретацией и возрастанием надежды, может привести к чувству «но я этого не заслуживаю». Многие пациенты быстро осознают эту тенденцию в самих себе, и их от-

четы часто содержат компоненты того, что Дейч (Deutsch, 1930) не вполне верно обозначила термином «невроз судьбы» (Schicksalneurose). Например, в утверждении «я не заслуживаю лучшего» чувство вины как таковое не является бессознательным. Напротив, желание удовольствия или агрессивные желания, направленные на объект, выходят на первый план именно тогда, когда усиливается перенос, то есть при повторном обнаружении объекта, и стремятся вступить в область переживаний.

Поэтому в психоаналитической технике лечения едва ли существует что-либо более, чем негативная терапевтическая реакция, подходящее для демонстрации неблагоприятных последствий доктринерских положений теории влечений и структурной теории. Фактически разрешение сопротивления Сверх-Я уводит от метапсихологических положений Фрейда и приводит ко всеобщей интеракциональной теории конфликта, способной дать понимание формирования Сверх-Я и, следовательно, сопротивления Сверх-Я. Интернализация запретов при формировании Сверх-Я, по теории Фрейда, связана с эдиповыми конфликтами. Психология объектных отношений добавляет значительную информацию о том, почему именно выражение аналитиком оптимизма ведет к нарушению терапевтических отношений. В самом наказании, в мазохистских тенденциях содержатся богатые эмоции. Поэтому нет ничего удивительного в том, что многие наблюдения, опубликованные в последние несколько десятилетий, значительно облегчают разрешение сопротивления Сверх-Я. Если бы можно было свести отдельные результаты к общему знаменателю, то это было бы замечательно.

Грунерт (Grunert, 1979) возражает, что многочисленные формы, которые принимает негативная терапевтическая реакция, следует рассматривать как повторение процесса обособления и индивидуации, в том смысле, в каком об этом же говорит Малер (Mahler, 1969), и что именно здесь следует искать бессознательную мотивацию негативной терапевтической реакции. Пользуясь цитатами из Фрейда, которые мы привели выше, и в особенности ссылаясь на Шпица (Spitz, 1957), Грунерт убедительно демонстрирует, что это вызывающее поведение можно также понимать позитивно как отрицание, которое служит борьбе за автономию. Учитывая то, что процесс обособления и индивидуации также включает в себя впоследствии сближение, то есть практически охватывает все, что происходит между матерью и ребенком, неудивительно, что Грунерт рассматривает эту фазу и ее оживление как общий знаменатель для типичной констелляции переноса и контрпереноса. Более тщательные исследования проявлений бессознательного чувства вины выводят за пределы эдипова соперничества. Сопротивление Сверх-Я оказывается только вершиной пирамиды, корни которой глубо-

ко уходят в мир бессознательных желаний. В своем развитии ребенок всегда уходит из симбиоза. Ребенок пытлив, любознателен и жаждет нового опыта. При терапевтической регрессии сближение вплоть до бессознательных желаний слияния также усиливает тенденции к дифференциации (Olinick, 1964, 1970).

Таким образом, вклад аналитика в новые открытия является решающим. Аск (Asch, 1976) и Тауэр (см.: Olinick, 1970, p. 658ff) признают различные аспекты этого негативизма в контексте симбиоза или первичной идентификации. Грунерт использует наполненные смыслом невротические высказывания одного пациента, отражающие перенос, описывая различные стороны процесса обособления и индивидуации. В качестве примера чувства сепарационной вины он приводит следующее утверждение: «Расставание разрушит либо вас, либо меня». Следующие фразы иллюстрируют стремление к отделению одновременно со страхом депривации: «Я хочу контролировать то, что здесь происходит, так, чтобы вы упали в цене», «Если я покажу, насколько я здоров, мне придется уйти». Например, пассивная борьба с отцом продемонстрирована в следующем утверждении: «В качестве своего поражения я силой заставляю его/вас принять мои условия». Грунерт (см. также: Rosenfeld, 1971, 1975; Kernberg, 1975) рассматривает зависть к аналитику как особенно сильный мотив, стоящий за негативной терапевтической реакцией.

Уже в ранних описаниях Фрейда раскрывается, что ухудшения возникают именно тогда, когда аналитик мог бы ожидать благодарности. Поэтому представления Мелани Кляйн (Klein, 1957) о зависти и благодарности особенно релевантны для более глубокого понимания негативной терапевтической реакции. Характерно, что возрастание зависимости идет рука об руку с ростом ее отрицания посредством агрессивной идеи о собственном всемогуществе. По-видимому, это — качества, связанные с процессом и соотносимые с техникой.

Однако негативная терапевтическая реакция, кроме того, является ответной по отношению к объекту, который воспринимается как патогенный, как показывает анализ мазохистского характера. Таким пациентам в детстве приходилось подчиняться родителям, которые, как они чувствовали, не любили, а презирали их. Чтобы защититься от последствий такого мироощущения, ребенок начинает идеализировать своих родителей и их жесткие требования. Он пытается удовлетворить эти требования и обвиняет и обесценивает себя, чтобы сохранить в себе иллюзию, что он любим своими родителями. Когда эта форма отношений возобновляется в переносе, пациент *должен* ответить на интерпретации аналитика негативной терапевтической реакцией. Пациент, так сказать, меняется с ним ролями: он занимает положение матери, которая высмеивала его мнения, и помещает

аналитика в положение ребенка, с которым постоянно обходились несправедливо, но который все-таки отчаянно добивается любви. Паркин (Parkin, 1980) называет такую ситуацию в отношениях субъекта и объекта «мазохистской зачарованностью».

Осознание этой бессознательной мотивации, лежащей за негативной терапевтической реакцией, внесло свой вклад в модификацию психоаналитической техники. Наш обзор ясно показывает, что общий знаменатель, который Грунерт обнаружил в описанном Малер процессе обособления и индивидуации, оказывается хорошим упорядочивающим принципом. Однако, по нашему мнению, еще не удается ответить на вопрос о том, являются ли нарушения в этой фазе развития, охватывающей период от 5-го по 36-й месяц жизни, особо значимыми в смысле негативной терапевтической реакции. В любом случае мы считаем важным уделить внимание тому, как аналитик вносит свой вклад в терапевтическую регрессию и ее интерпретирование на основе своего контрпереноса и своих теоретических взглядов (Limentani, 1981).

### *4.4.2 Агрессия и деструктивность: по ту сторону мифологии влечений*

Поскольку Фрейд неправильно понимал происхождение сопротивления Сверх-Я и Оно, границы применимости психоаналитического метода проходят не там, где он полагал. Нет наследственных и конституциональных факторов, которые вносят столь решающий вклад в формирование потенциала роста и развития каждого индивида, — там, куда их поместило фрейдовское определение влечений. Ни сопротивление Оно (как эротизированный перенос), ни сопротивление Сверх-Я (как мазохистское повторение) не выводимы из консервативной природы влечений, которую Фрейд предполагал на основании своих метапсихологических размышлений над влечением к смерти. Введение независимого агрессивного или деструктивного влечения, производного от влечения к смерти, которое достигло своей кульминации в работе Фрейда «Цивилизация и недовольные ею» (1930a), оказало и негативное, и позитивное влияние на технику лечения. В работе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920g) Фрейд описал навязчивое повторение и консервативный характер инстинктивной жизни. Через десять лет он был изумлен тем, «как мы могли просмотреть вездесущность неэротической агрессивности и деструктивности и как мы могли не отдать ей должного места в нашей интерпретации жизни... Я помню свое собственное защитное отношение, когда представление о деструктивном влечении впервые появилось в психоана-

литической литературе, и то, как много времени прошло, прежде чем я пришел к его признанию» (Freud, 1930a, p. 120).

Адлер отвел агрессивному влечению особое и независимое место в своей теории невроза. Фрейд (1909d) описал роль ненависти просто как клиническое явление, например как черту невроза навязчивых состояний, но вывел явление агрессии из сексуального влечения и инстинкта самосохранения. Уэлдер обобщает теоретический пересмотр в 1920-х годах следующим образом: «В то время как первоначально они рассматривались как объяснимые на основе сексуального влечения и инстинкта самосохранения — дихотомии ранней психоаналитической теории влечений — и на основе Я, теперь их начинают рассматривать как проявления деструктивного влечения» (Waelder, 1960, p. 131).

Несмотря на неоднозначный прием, оказанный новому дуализму влечений Фрейда (см.: Bibring, 1936; Bernfeld, 1935; Fenichel, 1935b; Loewenstein, 1940; Federn, 1930), косвенное влияние, которое он оказал на технику лечения, было значительным даже там, где эта теория была встречена скептически или была отвергнута. «Даже аналитики, которые не верили в существование влечения к смерти, то есть понимали агрессивное влечение на основании клинической психологической теории, а не метапсихологической теории психоанализа», быстро приняли новую теорию и оказались под ее влиянием (Waelder, 1960). Ссылаясь на Бернфельда (Bernfeld, 1935), Уэлдер объяснял это следующими обстоятельствами:

> Старые теории *нельзя было прямо* связать с явлениями; последние следовало анализировать, то есть исследовать их бессознательное значение... Но такие определения, как «эротический» или «деструктивный», можно было непосредственно применить к сырому материалу наблюдения без какой-либо предварительной аналитической работы по дистилляции или очищению (хотя бы минимально)... Легко сказать, что пациент враждебен, гораздо проще, чем, например, реконструировать бессознательную фантазию из трансферентного поведения. Популярность этой концепции можно отчасти объяснить обманчивой простотой ее употребления (или злоупотребления?) (Waelder, 1960, p. 133—134).

Уэлдер призывает к теоретическому сравнению, добавляя ряд объясняющих модальностей к прежней аналитической теории агрессии. По его мнению, можно хорошо объяснить агрессивные и деструктивные проявления, используя старую теорию, то есть не предполагая существования независимого агрессивного влечения.

> Деструктивное отношение, действие или импульс могут быть:
>
> (1) реакцией на (а) угрозу самосохранению или, более обобщенно, отнесены к Я; или реакцией на (б) фрустрацию или угрозу фрустрации либидозного влечения.

Или (2) они могут быть побочной продукцией активности Я, такой, как (а) овладение внешним миром или (б) контроль над собственным телом или душой.

Или (3) они могут быть частью или аспектом потребности либидо, которая так или иначе предполагает агрессивность по отношению к объекту, как, например, присоединение или вторжение. В первом случае враждебность испытывается к тем, кто угрожает нашей жизни или амбициям нашего Я (1а), или к тем, кто соперничает с нами за один и тот же объект любви (1б). Во втором случае нормальная попытка растущего организма овладеть внешним миром предполагает определенную степень деструктивности, когда имеются в виду неживые объекты, и какую-то меру агрессии в отношении человека или животного (2а). Или это может проявляться как побочный продукт нашей борьбы за достижение все большего контроля над своим телом или же как побочный продукт нашей борьбы за достижение контроля над собственной душой (2б), что связано со страхом быть побежденным силой Оно. И наконец, это может быть неотъемлемой частью либидозного стремления или его аспекта, который возникает при оральном кусании, оральном поглощении, анальном садизме, фаллическом проникновении или вагинальном удерживании (3). Во всех этих случаях появляется агрессия, и иногда очень опасная; но нет необходимости постулировать дополнительно врожденное влечение к разрушению (Waelder, 1960, p. 139—140).

В классификации Уэлдера имплицитно присутствуют два аспекта того принципа, которому следует уделить особое внимание. Можно рассматривать это поведение с точки зрения спонтанности и реактивности. Спонтанная и реактивная составляющие человеческого поведения и чувств переплетены с самого начала. Деятельность по утолению голода, оральная активность, сексуальная активность — каждая обладает относительно высоким уровнем спонтанности. Преобладание влияния ритмических телесных и эндопсихических процессов над процессами, запускаемыми внешней стимуляцией, — это одна из определяющих черт инстинктивного поведения. Уэлдер подчеркивает реактивную природу агрессивности. Конечно, агрессивность была бы невозможной без спонтанной активности, характерной для человека, точно так же, как и для других живых существ. В этом смысле Кунц (Kunz, 1946b, p. 23) мог бы сказать, что «спонтанность составляет основу, делающую возможной реактивность».

Поскольку Фрейд описал развитие человеческой спонтанности на основе теории либидо (а голод и сексуальность действительно имеют все черты влечения), было естественно отнестись к настолько же вездесущей агрессивности как к первичному влечению. Фактор, который, возможно, способствует этому вплоть до сегодняшнего дня, — это представление о том, что нам остается только отдать должное социальной значимости агрессивности, если мы признаем ее первичное положение наряду с сексуальностью.

Положение о том, что агрессивность реактивна по своему происхождению, явно делает ее вторичным явлением, даже сводит ее важность к минимуму. Это ни в коем случае не входит в наши намерения. Нам бы хотелось указать, что *неинстинктивное* происхождение агрессивности (ниже мы подробнее отдадим должное этому предположению) — это именно то, что определяет зло в ее природе. Чтобы обрисовать эту линию аргументации, удобнее всего провести различия между агрессивными и деструктивными действиями и тем, что бессознательно и осознанно им предшествовало. Учитывая постепенность перехода от агрессии к деструкции, невозможно просто определить деструктивность как нечто относящееся к разорению и уничтожению, в конечном счете к убийству собрата. Напротив, экспансивное и агрессивное поведение не обязательно приносит боль, а в некоторых ситуациях может быть даже связано с удовольствием.

Возвращаясь к списку Уэлдера, можно увидеть, что он считает проявления агрессивности реакциями на фрустрацию или опасность, побочной продукцией самосохранения или явлением, сопровождающим сексуальное влечение. Тогда остается, по Уэлдеру, лишь особенно злокачественная «сущностная деструктивность», которая ускользает от нашего понимания. Он говорит, что

> проявления агрессивности нельзя рассматривать как реакцию на раздражающую причину, потому что они настолько разнообразны по интенсивности или длительности, что их трудно подогнать к какой-нибудь схеме стимул — реакция; их нельзя рассматривать как побочную продукцию активности Я, потому что они не сопровождают теперешнюю активность Я и их не удается объяснить как производные прошлой побочной продукции активности Я; и, наконец, их нельзя рассматривать как часть сексуальных влечений, так как не похоже, чтобы какое-либо сексуальное удовольствие было с ними связано (Waelder, 1960, p. 142).

В качестве примера сущностной деструктивности Уэлдер привел самый чудовищный случай в истории: ненасытную ненависть Гитлера к евреям. Он добавил: «Трудно понять, как это можно объяснить на основании реактивности, слишком она безгранична и неистощима» (Waelder, 1960, p. 144).

Мы полностью согласны с Уэлдером в том, что безграничность и неистощимость этой ненависти и подобных форм деструктивности невозможно адекватно объяснить при помощи схемы стимул — реакция. Конечно, открытие Фрейдом бессознательной готовности к ответной реакции позволило понять именно такое поведение, которое ускользало от понимания, то есть такое, причина которого не распознана или которое совершенно непропорционально причине. Эта диспропорция причины и реакций характеризует бессознательно направленные цепочки мыслей и действий, особенно галлюцинаторные. Неистощимая и

ненасытная воля к разрушению, которая охватила бóльшую часть немецкого народа при Гитлере, — это нечто, выходящее за пределы того, что мы обычно характеризуем как инстинктивные явления.

Мы упоминаем здесь об этом самом чудовищном случае деструктивности, так как считаем, что политическое преследование народа оказалось экстремальным опытом, способствовавшим пересмотру психоаналитической теории агрессии. Однако события новейшей истории оживили также и веру во влечение к смерти; поэтому глубокий пересмотр истории, начавшийся с 1970-х годов, остался по большому счету незамеченным. Какие бы примеры преследования, какие бы апокалипсические угрозы и какие бы независимые направления внутри психоанализа ни способствовали этому, в последние годы фундаментально пересматривается и уже не признается психоаналитическая теория влечений.

На основании тщательного психоаналитического и феноменологического анализа агрессивных и деструктивных явлений многие известные авторы (Stone, 1971; A.Freud, 1972; Gillespie, 1971; Rochlin, 1973; Basch, 1984) независимо друг от друга пришли к заключению, что злонамеренная человеческая деструктивность не обладает чертами, которые традиционно характеризуют влечения, такими, как сексуальность и голод, как в психоанализе, так и вне его. Верно, что А.Фрейд, ссылаясь на Эйсслера (Eissler, 1971), сделала тщетную попытку спасти теорию влечения к смерти. Но ее ясная линия аргументации о том, что некоторые черты влечения, например особый энергетический источник, отсутствуют у агрессии, не оставляет места для влечения к смерти. То, что рождение и смерть являются самыми значительными событиями в жизни человека и что любая психология, заслуживающая своего названия, должна отводить смерти важное место в своей системе, как подчеркивает А.Фрейд, цитируя Шопенгауэра, Фрейда и Эйсслера, — все это не указывает на существование влечения к смерти, а лишь говорит о психологии смерти (Richter, 1984).

Клинические наблюдения детей и взрослых в анализе, так же как и прямые наблюдения над детьми, о которых упоминает А.Фрейд, — все это не выходит за рамки, очерченные Уэлдером. То, что критика инстинктивной теории агрессии до сих пор не имела большого влияния, конечно, связано с тем, что мы все еще пользуемся нашим обычным словарем. А.Фрейд продолжала основывать свои описания клинических наблюдений на теории влечений, даже после того, как инстинктивный характер агрессии был опровергнут, что следует из ее наблюдения:

Дети в анализе могут быть сердитыми, деструктивными, обижающими, отрицающими, нападающими по самым разным причинам, и лишь одна из них — *прямая разрядка подлинных агрессивных фантазий или импульсов*. Остальное — это агрессивное поведение на службе у Я, то есть в целях защиты: как реакция на тревогу и эффективная защита от нее; как сопротивление Я ослаблению защиты; как сопротивление вербализации предсознательного и бессознательного материала; как реакция Сверх-Я против сознательного признания производных Оно, сексуальных или агрессивных; как отрицание любой позитивной либидозной связи с аналитиком; как защита от пассивно-женственных устремлений («импотентный гнев») (A.Freud, 1972, p. 169; курсив наш).

Но какова же ситуация касательно причин разрядки подлинных агрессивных фантазий? После того как А.Фрейд стала отрицать, что агрессия имеет свою собственную энергию, понятно, что стало уже невозможно утверждать, что такая энергия может разряжаться. Употребленное ею сжатое выражение «подлинные агрессивные фантазии или импульсы» тоже требует комментария. Вполне возможно, что диффузные, ненаправленные взрывы или взрывы, вовлекающие объект, лишь случайно присутствующий (как известная муха на стене), происходят реактивно в результате предыдущих травм, вкупе с неспособностью защитить себя, что может иметь внутренние или внешние причины. Удовлетворение от агрессии несравнимо с удовлетворением голода или удовольствием от оргазма. После словесных споров возникает чувство: «Наконец-то я сказал ему, что я о нем думаю!» Таким образом, удовлетворение агрессивно-деструктивных импульсов служит восстановлению ущемленного чувства собственного достоинства. Тот факт, что человек лучше себя чувствует после эмоциональной разрядки, чем до нее, очевидно, связан с освобождением от напряжения. Но это напряжение тоже возникает реактивно и основано на фантазиях в самом широком смысле слова.

Представление о том, что у человеческой агрессивности и деструктивности отсутствуют черты влечения, ни в коем случае не уменьшает их важности, напротив, именно эта особенно злокачественная вневременная и ненасытная форма ненависти, которая низвергается непредсказуемо и без очевидной причины, теперь становится доступной психоаналитическому объяснению.

Критикуя концепцию агрессивного влечения, А.Фрейд приходит к такому же заключению, что и Кунц, который критикует психоанализ с конструктивных позиций и даже внушает этим симпатию к себе. Мы будем обращаться к результатам его исследований. Тот факт, что феноменологический анализ Кунца позабыт, между прочим, является одним из многих признаков неудовлетворительной коммуникации между смежными дисциплинами. Сорок лет назад Кунц написал, что

не существует агрессивного «инстинкта» в смысле, в каком мы понимаем инстинктивную природу сексуальности и голода... Поэтому мы не спорим о самом слове «инстинкт», потому что, конечно, мы можем приписывать «влечения» или «влечение» всему живому поведению и даже космическим событиям... Вопрос скорее в другом: учитывая, что мы, например, решили назвать инстинктивными действия, служащие удовлетворению сексуального влечения или голода, и полагать, что они по крайней мере частично определяются динамическими механизмами, которые мы обозначаем термином «инстинкты», следует ли также описывать акты агрессии и деструкции как «инстинктивные» и называть приписываемый им движущий фактор «агрессивным влечением»?.. Или являются ли различия между двумя комплексами явлений настолько отчетливыми, что употребление одной и той же терминологии для обоих неизбежно ведет к заблуждению и является барьером для познания? Такова наша точка зрения. Агрессивные, деструктивные действия по своей сути отличаются от действий, обязанных своим происхождением сексуальному возбуждению и голоду, несмотря на многие черты сходства (Kunz, 1946b, pp. 33—34, 41—42).

А.Фрейд заключает, что у человеческой агрессии отсутствует все специфическое: орган, энергия и объект. Кунц подчеркивает, что у агрессии

*в целом нет специфичности, как и в самом ее переживании, так и в форме ее проявления... Правильность* гипотезы о неспецифической природе агрессии подтверждается, с одной стороны, отсутствием органа или поля выражения, первично обслуживающего агрессию. Нам удалось определить, что существует предпочтение определенным зонам тела, меняющимся на протяжении жизни, и нам приходится допустить возможность, что такие связи могут формироваться и укрепляться вторично. Но отсутствует изначальный, хотя бы и не единственный, орган, служащий агрессии, подобный пищеварительному тракту для удовлетворения голода или генитальной зоне — для сексуальности (Kunz, 1946b, p. 32).

Кунц продолжает защищать свое предположение о неспецифичности агрессии тем, что указывает на отсутствие закрепленного за ней объекта.

Спонтанная активность, как основа объектных отношений, является предпосылкой для реактивности, пишет здесь Кунц. Поэтому мы согласны с Кунцем, когда он подчеркивает, что *огромный эффект и постоянную готовность* к проявлению, присущие агрессии и деструктивности, можно понять правильно только в том случае, если предполагать, что она реактивна по своей природе:

Если бы агрессия была основана на специфическом агрессивном инстинкте, тогда она, по предположению, точно так же, как и другие потребности, основанные на влечениях, соответствовала бы более или менее выраженному и никогда полностью не отсутствующему ритму напряжения и расслабления, возбуждения и отдыха, воздержания и осуществления. Конечно, существует, кроме того, пресыщение агрессивными импульсами, когда удовлетворение немедленно следует за возникновением импульса, а также после сильно отсроченной разрядки. Но все же оно не повинуется закономерности автономного фазового изменения, а связано с появлением и уменьшением тех тенденций, неудовлетворение которых сопровождается

актуализацией агрессии. Очевидным исключением из этого является аккумулированная агрессивность в результате прежнего накопления многочисленных импульсов, которая становится своего рода постоянной характерной чертой и время от времени разряжается без очевидной причины (Kunz, 1946, pp. 48—49).

Из этих критических замечаний следует теоретический и практический вывод: неспецифичность якобы инстинктивной природы человеческой агрессивности ведет к необходимости дифференцированного рассмотрения ее разнородных проявлений. Такое рассмотрение привело к раздроблению этой сложной области и к формированию частичных теорий. Соответственно, их эмпирическая валидность ограничена. Просто-напросто отдельный аспект объясняется почтенного возраста теориями, например теорией фрустрации — агрессии, на основе которой Доллард с соавторами (Dollard et al., 1967 [1939]), например, проверяли эмпирически обоснованные психоаналитические предположения о внезапном превращении позитивного переноса в ненависть (см.: Angst, 1980). С психологической точки зрения следует подчеркнуть, что даже в экспериментальных исследованиях агрессии, как выяснилось, решающее влияние на агрессивность поведения индивида оказывает степень, в какой его задевает событие, прежде описывавшееся такими отдельными понятиями, как «фрустрация, атака, произвол» (Michaelis, 1976, p. 34).

Интересно, что Михаэлис приходит к процессуальной модели агрессии. Он утверждает: «Решающие факторы — это не акты фрустрации, нападения или произвола, это скорее *направление* события, а потому и степень, в какой *задет* индивид» (Michaelis, 1976, p. 31). Мы считаем, что техническое умение, позволяющее нам обнаружить факторы, вызывающие агрессивные импульсы, фантазии или действия, ориентируется на ту степень, до какой кто-либо задет или чувствует себя оскорбленным. В технике лечения, находящейся *за пределами* мифологии влечения, приходится предпринимать дифференцированный феноменологический и психоаналитический анализ ситуативного происхождения агрессивных импульсов и фантазий, как рекомендовал Уэлдер.

Слабость связи влечения с объектом, как описывал Фрейд, существенно отличает человеческие влечения от животных инстинктов и их регуляции механизмами врожденной стимуляции. Это различие лежит в основе *пластичности* объектного выбора человека. Можно уверенно сказать, что слабость этой связи является отражением эволюционного скачка в процессе развития человека. Для описания этого Лоренц (Lorenz, 1973) пользуется термином «вспышка молнии». Метафора неожиданной яркости, возникающей при вспышке молнии, точно описывает переход

бессознательной жизни на стадию осознания. Да будет свет — этой ссылкой на библейскую историю о сотворении мира можно было бы сказать, что с молниеносной скоростью создан свет, отбрасывающий тени и дающий возможность различать свет и тьму, добро и зло. А как же быть с громом, который обычно следует за молнией? Его сильно преувеличенное эхо достигает нас в знании о том, что вспышка молнии как эволюционный скачок несет с собой способность создания символов и, следовательно, потенциал использования деструктивности на службе у грандиозных фантазий.

Деструктивные цели человеческой агрессии, такие, как уничтожение соплеменников или даже целых групп людей, как попытка геноцида еврейского народа — Холокост, выходят за пределы биологического объяснения. Никому не придет в голову оправдывать эти формы агрессии тем, что это — проявления так называемого «зла». Симптоматично, что одним из тех, кто напомнил психоаналитикам о значимости формирования символов для теории человеческой агрессии, был биолог фон Берталанффи (Bertalanffy, 1958).

Способность использовать символы не только делает возможной культурную эволюцию человека, она также позволяет индивиду отличать себя от других и помогает устанавливать барьеры при коммуникации между группами. Эти процессы могут способствовать раздуванию конфликтов до такой степени, «как если бы это были *межвидовые* конфликты, цель которых даже в царстве животных — обычно уничтожение противника» (Eibl-Eibesfeldt, 1980, p. 28). Здесь необходимо различать меж- и внутривидовую агрессии. Типичной чертой деструктивности, направленной на соплеменников, является то, что ее мишени дискриминируются и объявляются людьми второго сорта. Во внутригрупповой агрессии всегда играло существенную роль уничижительное отношение. Благодаря развитию средств массовой информации влияние пропаганды перешло в наше время все пределы, как во имя добра, так и во имя зла. В своем знаменитом письме Эйнштейну Фрейд особо противопоставил агрессивность человека и ее деструктивно-дегенеративную форму эмоциональной привязанности посредством идентификации: «То, что помогает людям разделять друг с другом свои важные интересы, дает эту общность чувств, эти идентификации. А структура человеческого общества в очень большой степени основана на них» (1933b, p. 212). Такие процессы идентификации также являются основой терапевтических отношений, и, таким образом, негативный агрессивный перенос является переменной, зависящей от многих факторов.

В противоположность только что описанным процессам агрессивное поведение животных эндогенно контролируется ритмическими процессами. Исследуя поведение, Лоренц описал разрядки на объекты, которые истощают влечение и которые можно было бы назвать агрессивными. Можно провести аналогии между замещающей активностью и агрессией, которая разряжается на объект замещения, а также между «вакуумной» активностью и слепыми, кажущимися безобъектными действиями (Thomä, 1961). Терапевтические рекомендации Лоренца (Lorenz, 1963) в его хорошо известной книге «Так называемое зло» («Das sogenannte Böse») даются на уровне проверенного временем катарсиса и аффективного отреагирования. По существу, Лоренц считает, что накопленный потенциал агрессии нуждается в психогигиенической редукции, которая означала бы конец человечества, и советует достигать этого при помощи более безобидных форм разрядки влечений, например спорта. На формулирование этих рекомендаций повлияла теория разрядки влечений и катарсиса. Таким образом, становятся понятными некоторые отдельные случаи безвредного негативного переноса. Агрессивность, реактивно возникающая при фрустрации, составляет часть негативного переноса.

Впрочем, если следовать аргументации А.Фрейд, все простые объяснения и аналогии становятся сомнительными, поскольку человеческая агрессия не обладает резервуаром энергии или собственным объектом. В то время как межвидовая агрессия у животных заключается только в обнаружении и убийстве добычи, человеческая деструктивность ненасытна. Фантазирование не связано рамками пространства и времени, и это привело, по-видимому, к тому, что не устанавливаются и не поддерживаются ритуалами надежные границы, так, как это происходит в мире животных (Wisdom, 1984). Агрессивное поведение между членами одного и того же вида у животных — либо между сексуальными соперниками, либо в борьбе за старшинство или территорию — прекращается, когда более слабое животное показывает свое поражение позой покорности или бегством (Eibl-Eibesfeldt, 1970). В мире животных дистанция способна положить конец соперничеству; напротив, дистанция является предпосылкой человеческой деструктивности: образ врага искажается, как только он становится неразличим.

Как уже говорилось, фон Берталанффи отнес происхождение деструктивности человека к человеческой способности формировать символы и отличал ее от той агрессивной деструктивности, которая проявляется в поведении животных. Фактором, придающим агрессивности человека черты зла и делающим ее такой ненасытной, является ее связь с сознательной и бессознательной системами фантазии, возникающими, как кажется,

из ничего и дегенерирующими до зла. Сама по себе способность человека формировать символы находится за пределами добра и зла.

Конечно, аналитика не может удовлетворить точка зрения, что фантазии о всемогуществе и деструктивные цели возникают из ничего. Мы знаем, что обиды, на вид совершенно банальные, могут вызвать преувеличенные агрессивные реакции у чувствительных людей, и особенно в психопатологических пограничных случаях. Деструктивные процессы приводятся в действие, потому что бессознательные фантазии придают безобидным внешним стимулам вид серьезной угрозы. Психоаналитические исследования этой связи вновь и вновь подтверждают, что степень обиды, нанесенной извне, находится в прямой пропорции к количеству агрессии, от которой освобождает себя субъект посредством проекции. Кляйн (Klein, 1946) принадлежит честь описания этого процесса как объектных отношений в рамках теории проективной и интроективной идентификаций.

Все же так и не дано ответа на вопрос, каким детским переживаниям соответствует формирование грандиозных и деструктивных фантазий (и их проекции с последующим контролем объекта). Каждая мать наблюдает, что у маленьких детей сильные агрессивные реакции появляются особенно при фрустрации, и всем известно, что способность переносить фрустрации понижается, если ребенка постоянно балуют. Поэтому Фрейд считал как чрезмерную строгость, так и балование ребенка нежелательными.

Если проследить историю развития систем фантазий, содержащих идеи величия, в конце концов можно прийти к вопросу, хорошо ли обосновано предположение об архаичных бессознательных идеях всемогущества и бессилия. Ясный ответ на эти вопросы дает теория нарциссизма: врожденное грандиозное Я Кохута реагирует на каждую обиду нарциссическим гневом. Осознание феноменологии повышенной чувствительности к обиде и нарциссического гнева — здесь мы предпочитаем говорить о деструктивности, — очевидно, является одним из самых старых и наименее противоречивых фактов психоанализа. Учитывая критику, направленную на метапсихологию, сейчас важно непредубежденно рассмотреть ту роль, которую сыграла способность человека формировать символы в происхождении человеческой деструктивности.

Если рассматривать самосохранение как биопсихологический регуляторный принцип, который может быть нарушен как изнутри, так и извне, то с этой точки зрения можно приписать самосохранению функцию не только достигать реактивного орального овладения объектом, но и развивать изощренную бредовую систему разрушения, служащую идеям о собственном

величии. Фантазии, связанные с процессами символизации, в самом широком смысле этого понятия, присутствуют всегда. Поскольку фантазия связана со способностью формировать внутренние идеационные репрезентации, едва ли инфантильная агрессия может иметь то архаическое значение, которое ей приписывается положением из теории влечений о том, что нарциссическое либидо выражается в инфантильном всемогуществе. Фантазии величия приводят нас к сознательным и бессознательным желаниям, неистощимым в силу своей слабой взаимосвязанности и пластичности.

Знаменательно, что оральное и сексуальное желания насыщаемы, в то время как инструментализированная агрессивность нескончаема. Агрессивность обслуживает самосохранение, первично определяемое психическим содержанием. Поэтому мы придерживаемся старой классификации Фрейда и наделяем ее психосоциальным смыслом. Сначала Фрейд приписывал агрессию инстинкту самосохранения, который он также называл влечением Я, и противопоставлял это влечение сексуальному, ответственному за сохранение вида. Согласно этой классификации, к влечениям Я относится и овладение объектом в интересах самосохранения. Если сильно расширить фрейдовское понимание термина «самосохранение», человеческую деструктивность можно рассматривать как коррелят самосохранения. Следовательно, ни человеческую деструктивность, ни сохранение видов нельзя рассматривать как чисто биологические регуляторные принципы. Тем не менее они остаются соотнесенными друг с другом, так как интенсивность и диапазон деструктивности находятся в отношениях взаимозависимости с фантазиями величия и их исполнением.

Это положение содержит в себе элемент реактивности, поскольку чем больше фантазий величия, тем сильнее опасность, исходящая от воображаемых врагов. Тогда образуется circulus vitiosus[1], который находит все больше реалистических поводов, чтобы превратить воображаемых врагов в реальных оппонентов, борющихся за выживание. Такое самосохранение уже исходит не из биологии. Тогда это — не животная борьба за выживание, оно вполне может быть гарантировано, и, как правило, это так и есть. Можно даже сказать, что Homo symbolicus[2] неспособен полностью развить свои изобретения и предоставить их в распоряжение агрессии до тех пор, пока не будет достигнут достаточный коэффициент безопасности, то есть пока слабая связка между влечением к насыщению и объектом не стабилизируется до такой степени, что каждодневная борьба за хлеб насущный

---

[1] Порочный круг *(лат.)*.

[2] Человек символический *(лат.)*.

больше не будет единственным или главенствующим занятием человека (Freud, 1933a, p. 177). За что борются социальные революционеры, такие, как Михаэль Кольхаас, если взять историческую фигуру, описанную в романе Г.Клейста? Главной целью, конечно, является не компенсация материальной несправедливости, причиненной Кольхаасу, когда знатный человек украл у него лошадей.

Поскольку самосохранение, в узком и широком смысле, связано с удовлетворением жизненно важных потребностей, по-прежнему огромную практическую важность имеет проблема зависимости между депривацией и компенсаторным усилением зависти, жадности, мстительности или фантазий о власти. Но Фрейд продемонстрировал на примере последствий детской избалованности, что агрессивность не только компенсаторна по происхождению. Баловование создает агрессивный потенциал у взрослых, так как умеренное требование начинает восприниматься как непереносимое: агрессивные средства применяются в целях самосохранения, то есть чтобы сохранить status quo состояния избалованности.

Пересмотр теории агрессии имеет важное значение для техники лечения и затрагивает как сопротивление Я, то есть негативную терапевтическую реакцию, так и негативный перенос. Чем сильнее ощущение небезопасности в аналитической ситуации, то есть чем сильнее угроза самосохранению, тем сильнее должен быть агрессивный перенос. Мозер описал те последствия, которые это может возыметь в аналитической ситуации, особенно если агрессивные сигналы не замечены в начальной стадии, следующим образом:

> Если не уделяется внимание агрессивным сигналам (злости, гневу), если они не приводят ни к каким действиям в поведении, чтобы изменить складывающуюся ситуацию, прогрессирует эмоциональное возбуждение. (Это соответствует тезису Фрейда о суммировании сигналов.) Наконец, перевозбуждение проявляется в состоянии злости или гнева, в котором возможно только прямое неконтролируемое агрессивное поведение... Аналитическая ситуация предупреждает моторную агрессию благодаря тому, что систематически создаются условия, при которых, вкупе с инсайтом, оперативно усиливается недействие. Поэтому существует тенденция соматизировать аффективные взрывы, если им нельзя интерактивно препятствовать посредством интерпретаций аналитика (Moser, 1978, p. 236).

Один возможный недостаток преждевременных интерпретаций негативного переноса был выделен Балинтом:

> В этом последнем случае у пациента можно предотвратить чувство полнокровной ненависти или враждебности, потому что постоянные интерпретации предлагают ему средства для разрядки эмоций в малых количествах, которые могут не развиваться дальше чувства некоторого возмущения или раздражения. Аналитику, постоянно слишком рано интерпретирующему негативный перенос, таким же образом, как и его пациенту,

тоже не приходится вступать в схватку с эмоциями большой интенсивности. Всю аналитическую работу можно проделать на «символах» ненависти, враждебности и т.д. (Balint, 1964, р. 160).

Кохут понимает негативный перенос как реакцию пациента на действия психоаналитика. Это привело его к критике представлений о том, что корни человеческой агрессивности лежат в инстинктивной природе человека, и к интерпретации деструктивности в рамках теории Я.

Из несостоятельности той точки зрения, что человеческая деструктивность является первичным влечением, Кохут делает выводы, углубляющие наше понимание агрессивного переноса. Хотя мы не разделяем его мнения о том, что деструктивность представляет собой примитивный продукт дезинтеграции (Kohut, 1977, р. 119; 1985, р. 137), несомненно, нарциссический гнев относится к процессам, поддерживающим бредоподобное Я и рассматриваемые нами системы идентичности. Примеры этих систем можно обнаружить в личной и коллективной идеологии. Различие между агрессией и деструктивностью значительно. Чистая агрессия, направленная на людей или объекты, стоящие на пути удовлетворения, быстро исчезает после того, как цель достигнута. Напротив, нарциссический гнев ненасытен. Сознательные и бессознательные фантазии в этом случае становятся независимыми от событий, провоцирующих агрессивное соперничество, и действуют как ненасыщаемые силы хладнокровной деструкции.

Для техники лечения важно идентифицировать многочисленные обиды, которые пациент в аналитической ситуации *действительно* переживает, а не воспринимает через увеличительное стекло в преувеличенной форме. Детское бессилие, которое оживает в силу регрессии в аналитической ситуации, реактивно приводит к представлениям о всемогуществе, которые могут занять место прямых столкновений, если не принимаются всерьез реальные провоцирующие факторы «здесь-и-теперь». Нарциссические пациенты отказываются принимать участие в повседневных агрессивных конфликтах, потому что для них это немедленно становится вопросом «всё или ничего». В силу своей повышенной ранимости эти пациенты находятся внутри порочного круга бессознательных фантазий мести. В рамках личной или коллективной идеологии создается враг, чьи черты облегчают проекции. Можно часто наблюдать, что нарциссический гнев трансформируется в повседневное относительно безобидное агрессивное соперничество, если в аналитической ситуации удается проследить происхождение этих обид.

Мы цитировали письмо Фрейда к Эйнштейну частично по техническим причинам. Негативные, агрессивные виды переноса надо рассматривать в контексте возможности создания значи-

тельной общей почвы — в смысле «мы-связи» Штербы (Sterba, 1934, 1940) (см. гл. 2). Негативный агрессивный перенос также имеет функцию регуляции дистанции, поскольку идентификации возникают благодаря имитации и присвоению, и этот межличностный обмен неизбежно связан с повреждениями и обидами. Нахождение оптимальной дистанции — это самое главное, особенно для пациентов группы риска, которые на первый взгляд выглядят требующими особой степени поддержки и эмпатии. Правильное понимание профессиональной нейтральности, которая не имеет ничего общего с анонимностью, способствует этому (T.Shapiro, 1984).

Технические выводы, которые мы можем сделать из этих размышлений, соответствуют, до определенной степени, рекомендациями Кохута. Очень важно связывать реальный стимул «здесь-и-теперь» с его действительным смыслом. Может быть, этот реальный стимул присутствует даже и в том факте, что пациент обращается за помощью к аналитику. Вопрос в том, как быстро аналитик может перейти от ситуации «здесь-и-теперь» с ее реальной обидой к ситуации «тогда-и-там», в которой коренится преувеличенная чувствительность, — вот тема, которую мы будем рассматривать на примерах клинических случаев во втором томе.

## 4.5 Вторичная выгода от болезни

Одной из пяти форм сопротивления, по Фрейду, было сопротивление Я, которое «происходит из «выгоды от болезни» и основано на ассимиляции симптомов внутрь Я» (1926d, p. 160). Оценивая внешние силы, совместно определяющие и поддерживающие психическую болезнь, полезно иметь в виду различие между первичной и вторичной выгодой от болезни, которое очертил Фрейд в 1923 году в примечании к описанию случая Доры (1905e). Между 1905 и 1923 годами Я было придано гораздо большее значение в теории и технике с точки зрения происхождения симптомов, особенно в отношении защитных процессов. В соответствии с примечанием 1923 года «нельзя согласиться с утверждением, что мотивы болезни не присутствуют в начале болезни, а лишь появляются вторично по отношению к ней» (Freud, 1905e, p. 43). А в работе «Торможение, симптомы и страх» Фрейд писал: «Но обычно результаты бывают различными. За первичным актом вытеснения следует скучное или бесконечное продолжение, в котором борьба против инстинктивного импульса переходит в борьбу с симптомом» (1926d, p. 98).

Именно для случаев, показывающих стабильное структурирование симптомов, характерно течение, где первичные условия

настолько смешаны со вторичными мотивами, что их невозможно различить:

При неврозе навязчивых состояний и при паранойе формы, которые принимают симптомы, становятся очень ценными для Я, потому что они дают ему не какие-то преимущества, а нарциссическое удовлетворение, без которого Я осталось бы в ином случае. Системы, создаваемые невротиком с навязчивыми состояниями, льстят его самолюбию, давая ему возможность ощущать, что он лучше, чем другие люди, потому что он особенно чист и совестлив. Бредовые конструкции параноика предлагают его обостренным силам восприятия и воображения поле деятельности, которое он не смог бы легко найти где-нибудь еще.

Результатом всего этого является известная нам «(вторичная) выгода от болезни», которая сопутствует неврозу. Эта выгода приходит на помощь Я в его попытках включить в себя симптом и способствует закреплению симптома. Когда аналитик пытается помочь Я в его борьбе с симптомом, он обнаруживает, что эти примиряющие связи между Я и симптомом действуют на стороне сопротивления и что ослабить их нелегко (Freud, 1926d, pp. 99—100).

Фрейд также касается этой темы в своих «Лекциях по введению в психоанализ»:

Этот мотив [«мотив интереса к себе со стороны Я, ищущего защиты и преимущества»] пытается предохранить Я от опасности, угроза которой спровоцировала болезнь и не допускает выздоровления до тех пор, пока повторение этой опасности не покажется уже невозможным... Я уже показал, что симптомы тоже поддерживаются Я, потому что у них есть сторона, благодаря которой они предлагают удовлетворение вытесняющей цели Я... Вы легко поймете, что все, что вносит вклад в выгоду от болезни, будет усиливать сопротивление благодаря вытеснению и будет усугублять терапевтические трудности... Когда такая психическая организация, как болезнь, длится какое-то время, она в конце концов начинает вести себя как независимый организм... (Freud, 1916/17, pp. 382, 384)

Вторичная выгода от болезни усугубляет *порочный круг*. Поэтому аналитику следует особое внимание уделять тем ситуативным факторам внутри и вне аналитической ситуации, которые поддерживают симптоматику. Мы полагаем, что вторичная выгода от болезни, понимаемая в ее широком смысле, имеет очень большое значение, и рассматриваем ее в разделах, посвященных проработке и переструктурированию, восьмой главы.

## 4.6 Сопротивление идентичности и принцип безопасности

Читатель не пройдет мимо того факта, что, кроме различных явлений сопротивления, мы часто упоминаем единообразный функциональный принцип. Теперь нам бы хотелось рассмотреть этот принцип. В дополнение к огромным различиям между этими явлениями, что неудивительно, если принять во внимание их

сложность, между ними существует также очень выразительное сходство. Аналитики различных школ независимо друг от друга приписывают сопротивлению и защитным процессам функцию саморегуляции и принцип безопасности. В психологии Я Кохута удовлетворение инстинктов подчинено самоощущению. Сандлер (Sandler, 1960) подчинил принцип удовольствия — неудовольствия принципу безопасности. В *сопротивлении идентичности* Эриксона наиболее важным регулятором является идентичность, которая при феноменологическом рассмотрении выступает сиамским близнецом Я. Эриксон следующим образом описывает сопротивление идентичности:

Мы видим здесь наиболее крайнюю форму того, что можно назвать сопротивлением идентичности, которое как таковое далеко не принадлежит лишь описанным здесь пациентам и представляет универсальную форму сопротивления, регулярно встречающегося, но часто не узнанного в ходе некоторых случаев анализа. Сопротивление идентичности в своей более мягкой и самой обычной форме — это страх пациента, что аналитик в силу своей особой личности, своей биографии или философии может неосторожно или намеренно разрушить слабую сердцевину идентичности пациента и вместо нее вложить свою собственную. Я без колебаний скажу, что некоторые из широко обсуждавшихся неразрешенных неврозов переноса у пациентов, так же как и у кандидатов при обучении, — это прямой результат того факта, что сопротивление идентичности часто если и анализируется, то совершенно не систематически. В таких случаях анализируемый может сопротивляться в течение всего курса анализа любому возможному посягательству ценностей аналитика на его идентичность, в то же время уступая во всех других отношениях, или пациент может вобрать в себя идентичность аналитика в большей степени, чем он может переработать имеющимися у него средствами; или он может прекратить анализ, навсегда сохранив в себе ощущение, что аналитик не дал ему нечто важное, что он должен был дать.

В случаях острой спутанности идентичности сопротивление идентичности становится центральной проблемой терапевтического общения. Все варианты психоаналитической техники сталкиваются с этой проблемой, а именно: преобладающее сопротивление должно служить основным руководством в технике, а интерпретации должны учитывать способность пациента перерабатывать их. В этих случаях пациент будет саботировать общение до тех пор, пока не решит некоторые базовые вопросы, если есть противоречия. Пациент настаивает, чтобы терапевт принял его негативную идентичность как реальную и необходимую — какова она есть или скорее была, — не делая вывода, что эта негативная идентичность — «все, что у него есть». Если терапевт способен выполнить оба эти требования, он должен уметь терпеливо доказывать во время многих суровых кризисов, что он может понять пациента и симпатизировать ему, не поглощая его и не предлагая ему себя в качестве тотемной пищи. Только тогда могут возникнуть более привычные формы переноса, однако с большим трудом (Erikson, 1968, pp. 214—215).

Мы не упускаем из виду различия между этими концепциями. Кохут выводит самоощущение и его регуляцию из нарциссических Я-объектов, в то время как чувство идентичности, по Эриксону, и сопротивление идентичности, связанное с ним, име-

ют в большей степени психосоциальную основу. Хотя самоощущение и идентичность едва ли могут быть дифференцированы феноменологически, различие концепций Кохута и Эриксона имеет значение для техники лечения. То же самое относится к принципу безопасности, который Хензелер (Henseler, 1974, p. 75) тесно связал с теорией нарциссизма. *Связанные с самозащитой аспекты жизненного стиля* невротика занимают очень большое место в теории Адлера. Фрейд (1914, p. 53) рассматривал понятие «принятие мер безопасности» (Sicherung), введенное Адлером, как более удачное, чем свой собственный термин «защитная мера».

Мы можем снова сослаться на концепцию самосохранения Фрейда как на «наивысшее благо» и обнаружить в ней наилучший общий знаменатель для сопротивления и защиты. Кто будет сомневаться, что самосохранение имеет очень высокий, если не самый высокий, ранг среди факторов регуляции, или «регуляторов» (governors), как недавно документально показал Квинт (Quint, 1984) на основе изучения случаев. Самосохранение в психологическом смысле эффективно как фактор регуляции средствами бессознательного и сознательного содержания, которое интегрировано в жизнь индивида, формируя личную идентичность. Развитое чувство себя в межличностном общении, собственная безопасность, уверенность в себе и так далее сами по себе зависят от определенных внутренних и внешних условий.

Многие из этих взаимозависимостей фактически концептуально включены в структурную теорию психоанализа. Стоит нам взглянуть на понятия «Сверх-Я» и «Идеал-Я» клинически, мы стараемся превратить их в сущности и называть внутренними объектами, даже несмотря на то, что они обладают собственной мотивационной силой. Такое употребление восходит к открытию Фрейда, согласно которому при депрессивном самообвинении «тень объекта пала на Я» (1917e, p. 249).

В результате этой очень выразительной метафоры, которую употребил Фрейд, описав внутренние объекты, можно легко пройти мимо того, что эти объекты существуют в контексте действия: человек идентифицируется не с изолированным объектом, но с взаимодействиями (Loewald, 1980, p. 48). То, что благодаря таким идентификациям могут возникать интрапсихические конфликты, как результат несовместимости некоторых представлений и аффектов, является одним из самых старых достижений психоаналитического знания. Когда Фрейд (1895d, p. 269) говорил о неприемлемых идеях, от которых защищается Я, слово «Я» все еще употреблялось в разговорном смысле и приравнивалось к личности и самости (Selbst). Тогда возникает очевидный вопрос: почему сегодня так много обсуждается само-

регуляция или принцип безопасности, если они всегда занимали свое место в теории и технике и если понимание сопротивления и защиты было ориентировано на их «меры безопасности», что тоже лежит в основе структурной теории. Ограничение эгопсихологии интрапсихическими конфликтами и понимание их как производных принципа удовольствия в смысле *модели инстинктивной разрядки* оказалось прокрустовым ложем, слишком узким для межличностных эдиповых конфликтов — во всяком случае, тогда, когда цель состояла в достижении полного понимания этих конфликтов. Переоткрытие целостных соотношений и регуляторных принципов психологии двух персон — таких, как безопасность, уверенность в себе и постоянство объекта, — косвенным образом делает очевидным то, что потеряно в результате дезориентации и фрагментации. Нарциссическое удовольствие не было забыто психоанализом, однако, возведя удовольствие от самореализации в принцип, Кохут не только вновь открыл нечто давно и хорошо известное, но придал нарциссизму новый смысл.

Все же можно пройти мимо взаимозависимости многочисленных типов самоощущения, если сделать самоощущение первичным регуляторным принципом. Тогда сопротивление пациента вполне логично понимается как защитная мера против ранимости и, наконец, против опасности дезинтеграции Я. Кохут не только отказался от инстинктивной модели разрядки, но также игнорировал зависимость уверенности в себе от психосексуального удовлетворения. Однако столь односторонний подход во многих случаях имел благоприятные последствия. Это неудивительно, если иметь в виду, что техника лечения, основанная на психологии Я, предполагает значительную поддержку и признание. Кроме того, обсуждение аналитиком обид в результате недостаточной эмпатии и признание им таких ситуаций создают атмосферу, благоприятную для терапии; это способствует самоутверждению, таким образом косвенно уменьшая многие страхи. Коль скоро это так, это хорошо.

Проблема состоит в том, что сопротивление пациента теперь понимается как защитная мера против обид и в конечном счете против опасности дезинтеграции Я, как если бы дезинтеграция Я само собой разумелась. Дезинтеграцию Я онтологизировали вместо того, чтобы психоаналитически исследовать, до какой степени, например, бессознательная агрессия предполагает тревогу потери структуры (в виде ли конца света или же собственной личности). Социолог Карвет (Carveth, 1984a, p. 79) обратил внимание на последствия онтологизации фантазий: «Может показаться, что психоанализ (как и социальный анализ) постоянно рискует уравнять феноменологию (или психологию) с онтологией, а описание того, как люди воображают себе происходя-

щее, с утверждениями о том, что происходит на самом деле». Описав понимание Фрейдом отсутствия пениса у женщин как пример такого уравнивания, Карвет продолжает:

> Сходным образом Кохут наблюдал, что многие анализируемые, страдающие от нарциссических проблем, думают о своем Я как о склонном к фрагментации, дезинтеграции или ослаблению при определенных условиях. Одно дело — описывать фантазии о таких фрагментациях, совершенно другое — развивать психологию Я, где Я («the self») на самом деле понимается как некая «вещь», которая может либо соединиться в одно, либо быть фрагментированной (Carveth, 1984a, p. 79).

В поддержку своей критики Карвет цитирует сторонников такой же точки зрения (Slap, Levine, 1978; Schafer, 1981).

Кохут особо выделяет в переносе Я-объекта функцию регуляции отношений и, сверх того, все, что пациент ищет в аналитике, будь то трансферентный идеализированный Я-объект, перенос двойника или зеркальный перенос. Эти сигналы, идущие от пациента, служат, по мнению Кохута, компенсации дефицита эмпатии. Пациенты бессознательно ищут способы компенсировать дефекты, и сопротивление имеет защитную функцию, то есть его цель — предупредить новые обиды. Идеализирующие или возвеличивающие виды переноса понимаются аналитиком как признаки ранних нарушений. Эти нарушения являются не первично фрустрированными попытками удовлетворения влечений, а скорее дефицитом подкрепления, от которого зависит самоощущение ребенка.

Несмотря на нашу критику теории Кохута, мы высоко ценим его технические нововведения. Все же на первый взгляд удивительно, что в некоторых случаях тревога, связанная со структурной дезинтеграцией, может ослабнуть, даже несмотря на непроработанность вышеупомянутой бессознательной агрессии в трансферентных отношениях. Возможно, это связано с тем, что облегчение самоутверждения в технике Кохута одновременно косвенно актуализирует агрессивные стороны личности и понижает агрессию фрустрации.

На вопрос, в какой степени интерпретации переноса Кохутом имеют особую эффективность, по нашему мнению, нельзя ответить. Регуляция самоощущения и терапевтический вклад в это аналитика имеют особое значение, независимо от валидности отдельных аспектов интерпретации. Нам бы хотелось проиллюстрировать прогресс техники лечения, достигнутый благодаря идеям Кохута, приведя в пример Я-психологическую интерпретацию нарциссического сопротивления, которое было описано Абрахамом в 1919 году и в то время было совершенно неразрешимым.

Абрахам (Abracham, 1953 [1919], p. 306) описал форму сопротивления нарциссических, а потому легкоранимых пациентов

с лабильным чувством собственного Я, которые идентифицировались с врачом и вели себя как суперreprésентаналитики, вместо того чтобы лично сблизиться с ним в процессе переноса. Пациент Абрахама видел себя, так сказать, глазами своего аналитика и делал интерпретации, которые он считал точными для самого себя. Автор не рассматривал возможность того, что такая идентификация может быть косвенной попыткой подойти ближе. Это еще более удивительно, потому что именно Абрахаму мы благодарны за описание оральной инкорпорации и связанной с ней идентификации. Очевидно, тогда Абрахам еще не мог плодотворно применить знание о том, что первичные идентификации могут быть самыми ранними формами эмоциональной привязанности к объекту (Freud, 1921c, pp. 106—107; 1923b, pp. 20—30). Стрэчи (Strachey, 1934) впоследствии описал идентификацию с аналитиком как объектные отношения. Еще позднее Кохут подвел нас ближе к пониманию первичных идентификаций в различных видах переноса Я-объекта и технике работы с ними. Однако Кохут, с другой стороны, кажется, оставляет без внимания тот факт, что идентификации имеют защитную функцию и, таким образом, могут также выражать сопротивление приобретению независимости.

# 5 Интерпретация сновидений

## 5.1 Сновидения и сон

Еще со времен появления одноименной книги Фрейда толкование сновидений остается самой популярной областью психоаналитической теории и техники. Толкование сновидений аналитиком зависит как от его представления о функции сновидения, так и от его теории генезиса сновидения и еще от модификации сновидения к моменту, когда о нем рассказывают. Какие сновидения запоминает пациент, как он к ним относится, как говорит о них и когда он о них говорит на каждом сеансе и в рамках анализа в целом — все это факторы, из которых складывается интерпретация. Не последнее место занимает и интерес к сновидениям, а также (иногда более, а иногда менее) продуктивный способ, которым с ним работают в ходе лечения, — все это существенно для интерпретации сновидений самих по себе и для проведения лечения в целом.

В этом вводном разделе мы кратко наметим наиболее важные открытия в экспериментальных исследованиях сновидений, хотя и рискуя сделать толкование сновидений еще более проблематичным, чем раньше. Взгляд Фрейда на сновидения как на стражей сна сегодня необходимо считать опровергнутым; напротив, сон — это страж сновидений (Wolman, 1979, p. VII). Это один из фундаментальных выводов, следующих из психобиологических исследований сновидений и сна. Тем не менее природа REM — фаз сна (REM — «rapid eye movement» — одна из фаз сна, при которой фиксируются быстрые движения глазных яблок при закрытых веках. — *Ред.*) и их специфические биологические и психологические функции все еще являются областью научных противоречий. Описание Гиллом (H.Gill, 1982) REM-фаз как третьей формы душевной жизни еще раз подчеркивает важность базового подхода Фрейда, то есть того, что сновидения следует рассматривать как via regia[1] к скрытым аспектам человеческого существования.

---

[1] Царская дорога *(лат.)*.

В современных эмпирических исследованиях сновидений существует два центральных вопроса: один касается психической функции сновидений, другой — аффективно-когнитивных процессов генезиса сновидений (Strauch, 1981). После открытия REM-сна исследования сновидений направлены на уяснение отношений между сновидением и физиологическими процессами (Fisher, 1965), хотя в последнее время отмечается некоторое разочарование в этих корреляционных исследованиях. Например, Штраух (Strauch, 1981) призывает вернуться к подлинно психологическим проблемам, ставя цель еще раз выяснить значение сновидений как психологического явления. Фрейд прошел подобный путь и пришел к своему «Толкованию сновидений» (1900). Шотт (Schott, 1981) проследил его путь в сравнительном изучении развития теорий Фрейда. Хотя мы не дошли до того же самого отправного пункта, так как некоторые важные постулаты фрейдовской теории сновидений (хотя и не те, которые связаны с толкованием) опровергнуты, ясно, что физиологические состояния и психологические смыслы относятся к совершенно разным измерениям.

Даже в будущем едва ли можно ожидать, что признанные методы интерпретации сновидений, так, как они практикуются различными школами психотерапии, будут испытывать влияние результатов исследований сновидений. Работа со сновидениями имеет свою собственную ценность в терапевтическом процессе, даже если стоящие за ней теории сновидений должны будут подвергнуться модификации (Strauch, 1981, p. 43).

Исследования сна и сновидений за последние тридцать лет уже многое изменили в наших представлениях о сновидениях. Будущее покажет, повлияет ли это на практику толкования сновидений, и если да, то как.

## 5.2 Мышление в сновидениях

Одна из тернистых теоретических проблем в отношении сновидений и процесса сна — это достижение соответствующего понимания отношений между образом и мыслью. Сам Фрейд обращается к этой проблеме в примечании, добавленном в 1925 году к «Толкованию сновидений»:

Одно время мне казалось исключительно трудным сформировать у читателей привычку различать явное содержание сновидений и латентные мысли в сновидении. Снова и снова будут приводиться аргументы за и против, основанные на каком-нибудь неинтерпретированном сновидении, в той форме, в которой оно сохранилось в памяти, и будет игнорироваться необходимость его интерпретировать. Но теперь, когда аналитики по крайней мере примирились с тем, что вместо явного содержания предлагается

смысл, вскрытый благодаря толкованию, многие из них стали повинны в другой путанице, которой они придерживаются столь же упорно.

Они пытаются обнаружить суть сновидений в их латентном содержании и, поступая так, перестают различать латентные мысли в сновидении и работу сновидения. В основе своей сновидение — не что иное, как особая *форма* мышления, которая становится возможной в состоянии сна. Именно *работа сновидения* создает эту форму, и только она является сутью сновидения — объяснением его особой природы. Я говорю это, чтобы подойти ближе к истинному значению пресловутой «провидческой цели» сновидений. То, что сновидения пытаются решить проблемы, с которыми сталкивается наша душевная жизнь, не более странно, чем то, что этим должна заниматься наша сознательная жизнь во время бодрствования; кроме этого, речь идет всего лишь о том, что эта деятельность может вестись и в предсознании, а это мы уже знали (1900a, pp. 506—507).

Согласно Фрейду (1933a, p. 19), сновидения можно охарактеризовать прежде всего как филогенетические проявления более древних способов душевной работы, которые могут выступать на первый план благодаря регрессии в состоянии сна. Поэтому он описал язык сновидений в 13-й «Лекции по введению в психоанализ» (1916/17) как язык, имеющий архаичные черты. Язык сновидений, который предвосхищает развитие языка мысли, — это язык образов, богатый символическими отношениями. Соответственно, использование человеком символов выводит за пределы данного языкового сообщества (1923a, p. 242). Конденсация, смещение и пластическая репрезентация — это процессы, определяющие форму. В противоположность состоянию бодрствования, в котором мышление градуировано, дифференцировано и ориентировано вокруг логических различений пространства и времени, во сне имеет место регрессия, при которой границы размываются. Это размывание границ можно почувствовать в момент засыпания. Фрейд описал желание спать как мотив, индуцирующий эту регрессию.

Формальные элементы языка сновидения обозначаются термином «работа сновидения», которую Фрейд обобщил следующим образом: «Действиями, которые я перечислил, исчерпывается его деятельность; оно может только сгущать, замещать, представлять в пластической форме и в целом подвергать все вторичному пересмотру» (1916/17, p. 182). Во сне человек представляет мир, включая свое собственное Я, совершенно поДругому, чем в своем бодрствующем мышлении и повседневном языке. Поэтому проблема заключается не в том, чтобы описать формальные характеристики языка сновидений, — трудность в их переводе. Мысли трансформируются в образы, образы описываются словами (Spence, 1982a). Направление, в котором делается перевод, то есть либо с языка мысли на язык сновидений, либо наоборот, ни в коем случае нельзя сбрасывать со счетов. Напротив, с учетом этого можно понять некоторые из противоречий, касающихся отношения образов к латентным мыслям

сновидения и также определяющих правила перевода, релевантного для психоаналитической интерпретации сновидений. Внутренние восприятия, которые возможны в условиях сна, по-видимому, должны интерпретироваться как визуальные метафоры, и решающей детерминантой этого является неврологический процесс распределения стимулов в мозгу.

Эти правила интерпретации касаются отношений между элементами сновидений и элементами представленного ими латентного смысла, который Фрейд со странной неопределенностью назвал «подлинным», сутью (Eingentlichen) (1916/17, р. 151). В «Лекциях по введению в психоанализ» он изначально различал «три вида таких отношений — а именно отношение части к целому, аллюзия и пластическое изображение». Четвертый вид — это символическое отношение (1916/17, pp. 151, 170). Согласно Фрейду, отношение между символом и элементом сновидения постоянно, и это облегчает перевод:

> Поскольку символы — это стабильные интерпретации, они до какой-то степени реализуют идеал древнего и популярного толкования сновидений, от которого при помощи нашей техники мы далеко отошли. Они позволяют нам при определенных условиях толковать сновидения, не задавая вопросов сновидцу, который и на самом деле не мог бы нам ничего сказать о символе. Если мы знакомы с обычными символами сновидений и, кроме того, с личностью сновидца, условиями, в которых он живет, и впечатлениями, предшествовавшими возникновению сновидения, мы часто находимся в положении, позволяющем прямо интерпретировать сновидение, с ходу его перевести (1916/17, р. 151).

Эта точка зрения основана на том положении, что сам сновидец неспособен к ассоциациям, наделяющим символ смыслом, потому что его регрессия в терапевтической ситуации недостаточна, чтобы позволить ему прямой доступ в язык образов.

То, что теперь нас интересует, — это природа отношений между явными и латентными элементами сновидения или, как это сформулировал Фрейд, отношений между элементами сновидения и их «подлинной сутью». С самого начала существуют огромные трудности в понимании этих отношений, как проясняет сам Фрейд: явные элементы сновидения — это не столько искажение латентных элементов, сколько «некое представление их, пластическое конкретное изображение, берущее свое начало в словесном оформлении. Но именно поэтому это еще одно искажение, ибо мы уже давно позабыли, из какого конкретного образа возникло слово, и, следовательно, мы не узнаем его, когда оно замещается образом» (1916/17, р. 121). Наше внимание привлечено здесь к фундаментальной проблеме отношений между словом и образом. Язык сновидений выражается, как правило, в визуальных образах, и задача терапевтического перевода состоит в трансформировании образов в слова и мысли.

Хотя мысли следует рассматривать как вторичные по отношению к изначальной репрезентации, они имеют самое первостепенное значение для терапии, потому что мысли, выраженные в словах, делают возможным терапевтический диалог. Мы надеемся, что теперь становится ясным, почему понятие латентной сновидческой мысли подверглось глубинному смысловому пересмотру в работах Фрейда: изначально идентичная дневным остаткам, постепенно она становилась «подлинной сутью» сновидения, преобразованной работой сновидения в явное содержание сновидения и теперь переведенной обратно, так сказать, работой интерпретации, — *работа сновидения перетрансформируется благодаря работе интерпретации*. Противореча в определенном смысле первичному языку картины, латентная мысль сновидения теперь занимает свое место на самом глубоком уровне, где в свою очередь она сливается с желанием, требующим интерпретации.

Теперь мы можем проиллюстрировать это положение, описав трансформацию смысла латентной мысли сновидения. Фрейд начал с концепции интерпретативной работы, и для него естественным было вначале приравнять дневные остатки (мотив сновидения) к латентным мыслям сновидения (1916/17, p. 199). В теории работы сновидений, то есть генезиса сновидений, латентные мысли сновидения под влиянием цензуры сновидений выражаются другим способом, который отсылает к состояниям нашего интеллектуального развития, давно оттесненным: к языку изображения, к символическим связям, к условиям, существовавшим, возможно, до того, как развился язык нашего мышления. По этой причине мы называем способ выражения работы сновидения *архаичным* или *регрессивным* (1916/17, p. 199). Сегодня мы бы скорее сказали, что работа над сновидениями совершается методами регрессии. В определенном смысле «все, что мы узнаем в результате толкования сновидения», обозначается термином «латентные мысли сновидения» (1916/17, p. 226). Огромное влияние интерпретативной работы на теорию генезиса сновидений совершенно ясно из отождествления цензуры сновидения с сопротивлением раскрытию латентных мыслей сновидения, которые, в свою очередь, представляют собой желания, вытесненные на различные уровни. Это преобладание желаний среди латентных мыслей сновидения объясняется, с одной стороны, всеобщей важностью мира желаний и, с другой — особым вниманием, которое психоаналитики уделяют с самого начала тем аспектам сновидений, которые связаны с исполнением желания. Основная мысль Фрейда, а именно что сновидения по сути являются не чем иным, как особой формой нашего мышления (1900a, p. 506), отрицалась до

тех пор, пока Эриксон не опубликовал «Образцы сновидений в психоанализе» (1954).

В настоящее время систематические исследования позволяют исследовать вопрос, дополняет ли мышление сновидений бодрствующее мышление, или же одно сливается с другим. Некоторые данные показывают, что существует соответствие между мечтанием наяву и ночным видением снов, и можно показать, что искажение и выражение аффекта все больше увеличивается от мечтаний наяву, через фантазирование, к ночным сновидениям. Также было показано, что возможно установить половые различия для различных потребностей (Strauch, 1981, p. 27). В целом теперь считается, что конфигурация содержания сновидения отражает основные черты личности сновидца (Cohen, 1976, p. 334).

Это направление также получило поддержку благодаря результатам широких исследований, выполненных Фуксом в области психологии развития (Foulkes, 1977, 1979, 1982). Фукс указал на параллелизм когнитивного и эмоционального развития в состоянии бодрствования и при отчетах о сновидениях. Гиора (Giora, 1981, p. 305) подчеркнул опасность при обсуждении теории сновидений учитывать только клинический материал и игнорировать существование других типов сновидений, например логических, решающих проблемы. Теперь мы знаем, что сновидения в REM-сне имеют тенденцию быть иррациональными, а вне REM-сна — рациональными, а это предполагает, что механизмы первичных процессов работы сновидений связаны со специфическими физиологическими состояниями. Ференци (Ferenczi, 1955 [1912]) уже думал об этом, когда писал об «управляемых» сновидениях. Эти сновидения целенаправленно формируются сновидцем, который отвергает неудовлетворительные версии. Это можно обобщить, сказав, что в настоящее время многие авторы отрицают теории, придающие мышлению сновидений особый статус, предпочитая вместо этого интегрировать мышление сновидения в общие принципы функционирования психики.

На основании исследований электроэнцефалограмм, фармакологических экспериментов и теоретических рассуждений Коуккоу и Леманн (Koukkou, Lehmann, 1980, 1983) сформулировали «модель флуктуации состояния» (state fluctuaton model), в основе которой лежит мысль о существовании различных функциональных состояний мозга, каждое из которых имеет свои собственные избирательно доступные запасы памяти. В соответствии с этой моделью формальные характеристики сновидения (то есть продукты первичного процесса и работы сновидения) складываются в результате действия следующих факторов:

1) Воспроизведение во время сна материала памяти (реальные события, мыслительные стратегии, символы и фантазии), который накапливается на протяжении развития и который в бодрствующем состоянии взрослого человека либо не может быть полностью прочитан, либо настолько сильно адаптируется к ситуации «здесь-и-теперь» в соответствии со стратегией бодрствующей мысли, что уже неузнаваем. Кроме того, это воспроизведение нового (недавнего) материала памяти и его повторная интерпретация согласно стратегии мышления функциональных состояний во время сна.
2) Флуктуации функционального состояния на различных стадиях сна (гораздо более узко определяемых и намного более коротких, чем четыре классические стадии электроэнцефалограммы), которые происходят спонтанно или в качестве ответной реакции на новые стимулы или сигнальные стимулы в течение сна. Это ведет к трансформации содержания в период перехода к другим запасам памяти (функциональным состояниям) и приводит к
3) образованию новых ассоциаций, которые при отсутствии перехода функционального состояния в состояние бодрствования не могут адаптироваться к текущей реальности, поскольку спящий пользуется мыслительными стратегиями того функционального состояния (уровня развития), в котором он находится (Koukkou, Lehmann, 1980, p. 340).

## 5.3 Дневные остатки и инфантильное желание

В теории сновидений Фрейда едва ли делался когда-либо более смелый шаг, чем тот, что связывает попытку исполнения желания с постулатом о том, что это должно быть инфантильное желание, то есть «открытие того, что по сути *все* сновидения являются детскими сновидениями, что они работают с одним и тем же инфантильным материалом, с душевными импульсами и механизмами детства» (1916/17, p. 213). В «Толковании сновидений» Фрейд приводит в противоположность инфантильному желанию изобилие данных в пользу операциональной эффективности желаний, возникающих в настоящем, и мотивов, которые Канцер (Kanzer, 1955) обозначил термином «коммуникативная функция» сновидений. Кроме того, мы должны вспомнить различение, сделанное Фрейдом между источником и движущей силой сновидений: отбор материала «из любой части жизни сновидца» (Freud, 1900a, p. 169) и введение этого материала как причинного момента сновидения — это две совершенно разные вещи.

Мы полагаем, что Фрейд сохранил концепцию первичности инфантильного желания из эвристических соображений и на основании техники лечения. Мы не будем подробно вдаваться в вопрос, как часто интерпретации удается убедительно проследить генезис сновидений от дневных остатков (непосредственных провоцирующих факторов) до инфантильных желаний и показать, что последние являются более глубинными и более сущностными причинами. Фрейд проиллюстрировал отношения между дневными остатками и (инфантильным) бессознательным желанием, сравнивая их с коммерческим предприятием, которому всегда необходим капиталист, чтобы обеспечить финансирование, и предприниматель с представлением и ви́дением того, как это выполнить. Капиталист — это бессознательное желание, поставляющее психическую энергию для формирования сновидения, а предприниматель — это дневной остаток. Однако у капиталиста тоже могут иметься идеи, а у предпринимателя — капитал. Таким образом, метафора остается открытой: это упрощает ситуацию на практике, но осложняет ее теоретическое понимание (Freud, 1916/17, p. 226).

Позднее Фрейд (1933a) трансформировал эту метафору в теорию генезиса сновидений сверху (из дневных остатков) и снизу (из бессознательных желаний). То, что в этой оригинальной метафоре капиталист приравнивается к психической энергии, которую он дает, отражает предположение Фрейда относительно экономии энергии, когда психическая энергия рассматривается как основная сила, стоящая за стимулами, сила, которая создает желание и толкает к его исполнению, даже если это возможно только способом отреагирования (abreaction) в форме галлюцинаторного удовлетворения. (Также можно заимствовать термин из этологии и назвать такие отреагирования пустой активностью (vacuum activities) при отсутствии объекта, удовлетворяющего инстинкт.)

Одним из следствий этого теоретического положения является то, что, строго говоря, открытие благодаря интерпретации инфантильного желания должно предполагать повторное открытие и воспроизведение изначальной ситуации, в которой желание, потребность или стимул инстинктивной природы возникли, но не были удовлетворены, а потому не могло быть никакого подлинного отреагирования (abreaction) по отношению к объекту. Именно на этом гипотетическом фоне Фрейд высказывал предположение (даже самим пациентам, как нам известно из случая Человека-Волка), что проникновение в «покрывающие» воспоминания (screen memory) могло бы обнаружить изначальную ситуацию желания и фрустрации (первичную сцену). В случае с Человеком-Волком ожидания Фрейда не были удовлетворены, то есть покрывающие, экранирующие воспоминания не

допустили вторжения, и Человек-Волк не вспомнил первичной сцены. Дальнейшая жизнь Человека-Волка очень хорошо отражена документально (Gardiner, 1971), и можно заключить, что рецидивы у него (и сам тот факт, что его болезнь фактически стала хронической) объясняются не столько неадекватным освещением его инфантильного инцестуозного искушения и ситуациями фрустрации, сколько тем, что он идеализировал Фрейда (и психоанализ) в качестве защиты от недавнего негативного переноса.

В положении о том, что инфантильные желания являются движущей силой сновидений, имплицитно присутствует теория сохранения воспоминаний. Эта теория была сформулирована Фрейдом в «Толковании сновидений» (1900a, Chap. 7) и значительно повлияла на структурирование психоаналитического лечения в том отношении, что стал делаться акцент на воспоминании и разрядке возбуждения. Хотя инфантильное желание и соответствующее ему окружение можно реконструировать только в редких случаях и аффективно и когнитивно оживить лишь с некоторой долей уверенности, все же прояснение амнезии детства является идеалом, особенно для наиболее ортодоксальных аналитиков. Это тем более справедливо для того времени, о котором по психобиологическим причинам могут быть только сенсомоторные воспоминания. Правдоподобие такой реконструкции — одно, а ее терапевтическая эффективность — другое, как достаточно ясно показал Фрейд: «Довольно часто нам не удается подвести пациента к воспоминаниям, которые были вытеснены. Вместо этого, если анализ проводится правильно, мы пробуждаем в нем уверенную убежденность в истине их построения, которая дает такой же терапевтический результат, как и восстановленные воспоминания» (1937d, pp. 265—266). Иногда последующий опрос матери пациента дает подтверждение правдоподобия реконструкции, что позволяет окончательно подтвердить предполагавшиеся вначале события, уже, по-видимому, верифицированные в ходе анализа (например: Segal, 1982). Какую ценность имеют такие данные в связи с субъективной истиной жизни фантазий и изменением последней под влиянием лечения — это проблема, которой мы здесь не имеем возможности касаться (см.: Spence, 1982a).

Как мы видели, есть разные аспекты существования бессознательных инфантильных сновидческих желаний, и мы можем лишь затронуть их клиническую значимость. В качестве обобщения скажем, что в теории исполнения желаний встают проблемы в отношении проявления бессознательного инфантильного элемента желаний и что это ведет к другим проблемам, например как согласовать повторяющиеся стереотипные тревожные сновидения с теорией.

Дневные остатки функционируют как аффективный мост между мышлением в состоянии бодрствования и сновидческим мышлением. Выявление дневных остатков, с опорой на ассоциации пациента, обычно приводит к первоначальному, непосредственному пониманию сновидения. Эта функция моста особенно четко видна в экспериментальных исследованиях сновидений, когда испытуемых будят ночью и расспрашивают об их сновидениях. Гринберг и Перлман (Greenberg, Pearlman, 1975, p. 447) наблюдали этот процесс через призму психоаналитической ситуации и выделили относительно неискаженное включение аффективно заряженных событий в содержание сновидения.

Однако, имея в виду дополнительные комментарии к сновидению фрейдовской Ирмы, сделанные Шуром (Schur, 1966), мы подчеркиваем, что сужение понятия «дневной остаток» мешает увидеть возможные связи с событиями, происшедшими несколько раньше в прошлом. Собственные ассоциации Фрейда к сновидению Ирмы вскоре вернули его обратно к завуалированной критике, которая исходила от его друга Отто, сообщившего ему накануне вечером о том, что состояние Ирмы не вполне удовлетворительно. Фрейд не упомянул в «Толковании сновидений» о критической ситуации с пациенткой Эммой через несколько месяцев после того, как ее оперировал его друг Флисс. По Фрейду, дневной остаток лежит на пересечении двух ассоциативных линий, одна из которых ведет к инфантильному желанию, а другая — к желанию в настоящем: «Из каждого элемента в содержании сновидения ассоциативные нити разветвляются в двух или больше направлениях» (1901a, p. 648). Если мы откажемся от дихотомии источников теперешнего и инфантильного желаний и вместо этого примем концепцию ассоциативной сети, в соответствии с которой прошлое и настоящее во многих временных пластах сплетены (Palombo, 1973), мы сможем выдвинуть тезис о том, что основная функция сновидений — это развитие, поддержание (регуляция) и, по необходимости, реставрация психических процессов, структур и организации (Fosshage, 1983, p. 657).

Мы очень мало знаем о том, всегда ли требуется обращение к инфантильным вытесненным желаниям для контроля этих ассимилятивных и адаптивных процессов психического milieu interne[1], или это необходимо только в исключительных случаях, то есть когда недавний конфликт начинает резонировать с неразрешенной инфантильной конфликтной ситуацией. Спекулятивен, но тем не менее очень интересен нейрофизиологический тезис (Koukkou, Lehmann, 1980, 1983), заключающийся в том, что вариации в электроэнцефалографических паттернах в REM-

[1] Внутренний мир *(франц.)*.

фазах предполагают, что ворота в ранние воспоминания могут открываться в течение одной ночи несколько раз, а значит, могут вполне иметь место обменные процессы между настоящим и прошлым.

Представление Фрейда о том, что инфантильное желание является движущей силой образования сновидений, не подтвердилось, и в свете открытий современных исследований его нужно отклонить как излишнее. Он сформулировал эту гипотезу прежде, чем стало известно, что процесс сновидения — это биологически обусловленная активность, контролируемая внутренними часами и не нуждающаяся в обосновании психической экономией. Мы должны задаться вопросом, какие из сновидений, которые вспомнились и записаны благодаря REM-методике в исследовании сновидений, всплывали в памяти во время прохождения психоанализа, а какие, может быть, выполняли свою психологическую функцию именно тем, что приснились и *не* запомнились. Тем не менее клинически важно, какие сновидения запоминаются и кому их рассказывают. Коммуникативная функция сновидений (Kanzer, 1955) остается чисто психологическим и психоаналитическим вопросом, который имеет разное значение для каждой из трех областей, считающихся важными: решение задач, процессы, связанные с обработкой информации, и укрепление Я. Эти направления не являются взаимоисключающими, как правильно указывал Даллет (Dallet, 1973), и их эмпирическое обоснование сильно различается. Как мы уже убедились выше, рассматривая мышление в сновидении (разд. 5.2), с годами гипотеза о том, что функция сновидений — помогать справляться с реальностью, стала менее весомой, чем гипотеза о важности сна для интрапсихического равновесия сновидца и для поддержания его психических функций. Теперь мы коснемся некоторых важных положений теории сновидений.

### *5.3.1 Теория исполнения желаний: единый принцип объяснения*

Фрейд ясно понимал важность единого принципа объяснения и необходимости его придерживаться, несмотря на все теоретические и практические трудности, с которыми столкнулся, что мы и будем рассматривать ниже. Он пытался разрешить эти трудности, теоретически вооружив желание с его мотивирующей силой генезиса сновидений многими элементами из различных источников. Фрейд предпочел такое единообразие другим подходам уже в 1905 году, хотя и не дал этому убедительного обоснования.

Я утверждал в своей книге «Толкование сновидений» (1900а), что каждое сновидение представляет собой желание, которое представлено как исполненное, что репрезентация действует как маскировка, если желание

вытеснено и принадлежит бессознательному, и что, за исключением детских сновидений, только бессознательное желание или то, которое попадает в бессознательное, обладает необходимой силой для формирования сновидения. Я полагаю, что моя теория получила бы большее признание, если бы я удовлетворился утверждением, что у каждого сновидения есть смысл, который можно раскрыть при помощи определенного процесса толкования; и что когда толкование сделано, сновидение может быть замещено мыслями, возникающими в легко узнаваемом месте в умственной жизни бодрствующего сновидца. Тогда я смог бы продолжить, сказав, что смысл сновидения, может быть, столь же различен, сколь различны процессы бодрствующей мысли; что в одном случае это было бы исполненное желание, в другом — осознанный страх, или размышление, настойчиво проникающее в сон, или намерение (как в случае сновидения Доры), или фрагмент творческой мысли во время сна и так далее. Нет никаких сомнений, что такая теория оказалась бы привлекательной, будучи очень простой, и ее можно было бы обосновать большим количеством примеров сновидений, удовлетворительно истолкованных, как, например, то, которое было проанализировано на этих страницах.

Но вместо этого я сформулировал обобщение, согласно которому смысл сновидения ограничен единственно репрезентацией *желаний*, и, поступая так, я бросил вызов всеобщей склонности к несогласию. Однако я должен заметить, что не считаю ни своим правом, ни своей обязанностью упрощать психологический процесс с целью сделать его более доступным своим читателям, в то время как мои исследования показали мне, что он связан со сложностью, которую нельзя свести к единообразию, пока не будет выполнено исследование в другой области. Поэтому для меня особенно важно показать, что явные исключения — такие, как это сновидение Доры, которое на первый взгляд предстало как продолжение во сне намерения, сформированного в течение дня, — тем не менее предоставляют свежее подтверждение правила, которое сейчас рассматривается (Freud, 1905e, pp. 67—68).

Чтобы сформулировать единообразный принцип объяснения, Фрейду пришлось предпринять огромные теоретические и концептуальные усилия, которые мы сейчас кратко обобщим. Генезис, природа и функция сновидения коренятся в попытке устранить психические стимулы посредством их галлюцинаторного удовлетворения (Freud, 1916/17, p. 136). Одним из компонентов этой телеологической функциональной теории является положение о том, что сновидение, или сновидческий компромисс, — это страж сна, способствующий исполнению желания оставаться в состоянии сна (Freud, 1933a, p. 19).

Расширение концепции желания и удовлетворения позволило включить в теорию исполнения желаний даже те сновидения, которые выглядят как противоречащие ей, так называемые сновидения наказания. Понимание сновидения как некоего компромисса между различными тенденциями позволяет приписывать ответственность за форму, которую принимает проявляющееся сновидение, иногда желанию спать, а иногда необходимости самонаказания, которое интерпретируется как желание и локализуется в Сверх-Я.

Стало также возможным включить в традиционную телеологическую функциональную теорию тот факт, что иногда люди пробуждаются во время тревожных сновидений. Это было достигнуто при помощи дополнительной гипотезы, согласно которой в ночных кошмарах страж сна меняет свою обычную роль и прерывает сон, чтобы он не стал еще страшнее. Тогда можно теоретически связать многие попытки уменьшить тревогу с этой особой охранительной функцией, например одновременное осознание спящим, что «это только сон». Такая интерпретация тревожных снов основана на гипотезе защиты от стимулов, а шире — на экономической гипотезе Фрейда, которая, конечно, тоже вплетена в представление о том, что сновидение представляет собой попытку избавиться от психических стимулов посредством галлюцинаторного удовлетворения.

Нельзя просто отмахнуться от противоречивости и непоследовательности объяснения процесса сновидения на основе теории исполнения желаний. Тот факт, что Фрейд всегда считал, что желание является движущей силой сновидений, возможно, связан с *психоаналитической эвристикой*. Мы подчеркнули в разделе 3.1, что всегда существовали весомые причины тому, что психоаналитическая эвристика ориентирована на принцип удовольствия, то есть на динамику бессознательных влечений (см. также разд. 8.2 и 10.2). Однако важно отличать *открытие* бессознательных желаний психоаналитическим методом от *объяснения* сновидения и работы сновидения как выражения влечений (см. разд. 10.2). Желания и влечения будут влиять на человеческую дневную и ночную жизнь даже после смерти метапсихологии и ее фундаментального принципа (экономии влечения), то есть когда последний не будет больше рассматриваться как основа теории исполнения желаний.

### *5.3.2 Я-репрезентация и решение проблем*

Теперь обратимся к причинам того, почему в связи с проблемой формирования Я гораздо больше внимания уделяется теории желаний, чем важности идентификации, которую тоже можно усмотреть во многих сновидениях. Уже в «Проекте научной психологии» Фрейда мы обнаруживаем знаменательное высказывание: «Таким образом, целью и завершением всех мыслительных процессов является достижение *состояния идентичности*» (1950а, р. 332). В каком-то смысле это представление в данном контексте обращается в первый раз к проблеме, которая выходит далеко за пределы языка сновидения и позже обсуждалась в связи с «океаническим чувством» единства человека и космоса Ромена Роллана (см.: Freud, 1930a, pp. 64—66).

Давайте предположим, что объект, который присутствует в восприятии, напоминает субъекта — *такого же человека*. Если это так, теоретический интерес [проявляемый к нему] также объясняется тем фактом, что объект, подобный этому, был одновременно первым удовлетворяющим [субъекта] объектом и, далее, его первым враждебным объектом, а также и единственной помогающей ему силой. По этой причине человек познает в первую очередь именно человека-соплеменника. Тогда перцептивные комплексы, которые исходят из этого человека-соплеменника, будут частично новыми и несравнимыми, например его *черты* в зрительной сфере; но другие зрительные восприятия, например движения его рук, у субъекта будут совпадать с воспоминаниями о совершенно сходных зрительных впечатлениях, связанных с самим собой, своим собственным телом [воспоминаниями], что ассоциируются с воспоминаниями о движениях, которые он делал сам. Другие моменты восприятия объекта тоже (например, пронзительный крик) будут пробуждать воспоминания о своем собственном переживании боли (Freud, 1950a, p. 331).

Мы ссылаемся снова на этот отрывок из «Проекта научной психологии», поскольку здесь зрительное и двигательное восприятия самого себя и другого связывается с удовлетворением посредством объекта. В теории сновидений, основанной на исполнении желаний, удовлетворение отделено от когнитивных зрительных процессов. Поскольку нам бы хотелось подчеркнуть особую и долго недооценивавшуюся важность этих процессов для эмпирически обоснованной психологии Я, этот отрывок, который помещает Фрейда в генеалогию символического интеракционизма, особенно уместен. Вспоминаются прекрасные строки Кули (Cooley, 1964[1902], p. 184): «Мы все друг другу зеркала: вот он прошел, вот ты прошла» (Each to each a looking-glass reflects the other that doth pass). Мы будем иметь дело с последствиями включения этих процессов в теорию и практику интерпретации сновидений ниже, но можно уже сейчас сказать, что это делает теорию исполнения желаний относительной, не лишая ее эвристической и терапевтической значимости. Теорию исполнения желаний приходится дополнять все большим и большим количеством новых гипотез, которые скорее уменьшают, чем увеличивают значение желания в смысле инстинктивного желания; кроме того, существует и проблема способности теории объяснить разнообразную феноменологию сновидческого процесса (Siebenthal, 1953; Snyder, 1970).

В теории исполнения желания внутренние противоречия заставляли Фрейда делать неоднократные добавления и поправки, но ему никогда не приходилось пересматривать следующее свое утверждение в «Толковании сновидений»: «Мой опыт таков — и я не нахожу никаких исключений из него, — что каждое сновидение имеет отношение к самому сновидцу» (1900a, p. 322). Нам бы хотелось полностью процитировать то, как он развивает это утверждение, которое почти слово в слово повторяется в его более поздней работе:

Сновидения совершенно эгоистичны. Всегда, когда в содержании сновидения появляется не мое собственное Я, а только какое-то чужое лицо, я могу в полной уверенности полагать, что мое собственное Я скрывается за этим другим лицом посредством идентификации; я могу вставить свое Я в данный контекст. В других случаях, когда мое собственное Я *действительно* появляется в сновидении, ситуация, в которой это происходит, может указать мне на то, что какой-то другой человек посредством идентификации скрывается за моим Я. В этом случае сновидение должно заставить меня перенести на себя самого, когда я интерпретирую сновидение, скрытый общий элемент, привязанный к этому другому человеку. Существуют также сновидения, в которых мое Я появляется вместе с другими людьми, снова выступающими как мое собственное Я, когда раскрывается идентификация. Эти идентификации должны позволить моему Я войти в контакт с определенными мыслями, принятие которых было запрещено моей цензурой. Таким образом, мое Я может быть представлено в сновидении несколько раз — и прямо, и через идентификацию с посторонними лицами. При помощи ряда таких идентификаций становится возможным сконденсировать исключительное количество мыслительного материала. То, что собственное Я сновидца появляется несколько раз или принимает несколько форм в сновидении, — это, по сути, не более замечательно, чем то, что Я содержится в сознательных мыслях несколько раз или сразу в некоторых местах или связях, например в предложении «Когда я думаю, каким я был здоровым ребенком» (1900a, pp. 322—323).

В примечании Фрейд приводит правило, которому необходимо следовать в случае сомнений относительно того, в каком из образов, появляющихся во сне, скрывается Я: «Личность, переживающая в сновидении эмоцию, которую я сам испытываю в своем сновидении, и есть тот человек, за которым скрывается мое Я».

В более поздних наблюдениях Фрейда о том, что лицо, играющее ведущую роль в сновидении, всегда является самим сновидцем (1916/17, p. 142; 1917d, p. 223), этот факт снова приписывается нарциссизму состояния сна и потере интереса ко всему внешнему миру, при этом нарциссизм приравнивается к эгоизму. Иногда также можно установить связь с теорией исполнения желаний, поскольку Я-репрезентация всегда включает в себя желания. Так что у сновидца всегда есть неисполненные желания, будь то неудовлетворенные инстинктивные потребности или продукты уникальной творческой человеческой фантазии.

Нарциссизм состояния сна и регрессивная форма мышления в сновидениях могут отражать потерю интереса к внешнему миру, если «интерес» и «внешний мир» понимаются так, как это диктует различение между субъектом и объектом; однако мы считаем, что интерес связан с внешним миром в более глубинном смысле, устраняя дифференциацию субъект — объект, я — ты и достигая идентичности посредством идентификации. Если перечитать выше процитированный отрывок особенно внимательно, становится еще яснее, что Фрейд говорит о *Я-репрезентации* посредством идентификации, то есть об установлении

общности. Однако сновидец эгоистичен в той степени, в какой он может отпустить поводья своих мыслей и желаний, не учитывая, имеет ли он дело с живым или неживым объектом (то же самое относится и к мечтанию наяву). С точки зрения развития тот факт, что Я-репрезентация в сновидениях использует других лиц, животных и неодушевленные объекты, может быть приписан недостаточной первичной сепарации. Отсюда происходит магия мыслей, так же как магия жестов и действий.

На сегодняшний день в психоанализе большее терапевтическое и теоретическое значение приписывается исполнению желаний через объект и роли объектных отношений в сновидениях, чем основополагающему утверждению Фрейда о том, что сновидец всегда видит сны о самом себе (часто представленном другими). В дополнение к уже упомянутым факторам мы считаем, что в истории психоанализа можно найти тому и другие причины. Теория исполнения желаний, вместе с теориями влечений, которые ее конкретизируют, отделяет психоанализ от теории сновидений Юнга. Юнг впервые ввел Я как субъективный элемент, противопоставляя свое «конструктивное» понимание редуцирующему аналитическому пониманию. Позднее он значительно расширил свой «конструктивный метод», постепенно изменив терминологию:

> Я называю каждую интерпретацию, которая приравнивает образы сновидения к реальным объектам, интерпретацией на объективном уровне. Ее противоположностью является интерпретация, которая отсылает каждую часть сновидения и всех, кто в ней задействован, к самому сновидцу. Это я называю интерпретацией на *субъективном уровне*. Интерпретация на объективном уровне является *аналитической*, потому что она *дробит* содержание сновидения на комплексы памяти, которые относятся к внешним ситуациям. Интерпретация на субъективном уровне является *синтетической*, потому что она отделяет предполагаемые комплексы памяти от их внешних причин, рассматривает их как тенденции или компоненты субъекта и вновь объединяет их с этим субъектом. (В любом опыте я переживаю не столько объект, но прежде всего и более всего самого себя, что, конечно, предполагает, что я отдаю себе отчет об этом опыте.) Поэтому в таком случае все содержание сновидения рассматривается как символы субъективного содержания.
>
> Таким образом, *синтетический, или конструктивный, процесс интерпретации* является интерпретацией на субъективном уровне (Jung, 1972, [1912], p. 83).

Использование субъективного уровня становится наиболее важным эвристическим принципом Юнга, и он утверждает, что отношения, изначально понимаемые как находящиеся на объективном уровне, тоже следует поднять на субъективный уровень (Jung, 1972 [1912], pp. 94—95). В то же самое время субъективный уровень не учитывает не только личного Я и репрезентации субъективных качеств посредством других образов в сно-

видении, но также и биографической предыстории таких репрезентаций. Все личное воплощено в архетипах, интерпретация которых также придает объектам более глубокий смысл. Другие лица в сновидениях рассматриваются не как заменители собственного Я сновидца, но как представители архетипических паттернов, то есть схем, управляющих жизнью и определяющих форму, которую принимают интраперсональные аффективные и когнитивные процессы, а также межличностный опыт и действие. В юнговском образе человека жизненный цикл понимается как ассимиляция бессознательных архетипических образов. В центре этой ассимиляции находится Я:

Истоки всей нашей психической жизни представляются неотъемлемо коренящимися в этой точке [Я] (dem Selbst), и все наши высокие и первостепенные цели представляются стремящимися к ней... Я надеюсь, что внимательному читателю стало достаточно ясно, что Я так же связано с Эго, как солнце с землею (Jung, 1972 [1928], p. 236).

Теория архетипов Юнга и теория символов Фрейда пересекаются там, где Фрейд полагает существование общих сверхиндивидуальных структур смысла. Поскольку конфигурация этих структур зависит от индивидуального и социокультурно передаваемого опыта, фрейдистская психоаналитическая интерпретация сновидений не может рассматривать Я-репрезентацию как проявление архетипических содержаний. Впрочем, некоторые аналитики придерживаются мнения, что образы себя (Selbstdarstellungen) действительно имеют архаические содержания, и это можно проиллюстрировать, воспользовавшись примером понимания Кохутом сновидений о своем собственном состоянии.

В дополнение к нормальному, хорошо известному типу сновидений, латентное содержание которых (такое, как инстинктивные желания, конфликты и попытки решить проблемы) может быть в принципе вербализовано, Кохут считает, что он открыл второй тип, который он называет «сновидением о своем собственном состоянии» (self-state dream). В работе с такими сновидениями свободные ассоциации приводят не к более глубокому пониманию, но в лучшем случае к образам, которые остаются на том же самом уровне, что и явное содержание сновидений. Исследования явного содержания и его ассоциативного обогащения показывают, что здоровые части психики пациента со страхом реагируют на нарушающие распорядок изменения в состоянии Я, например при угрозе дезинтеграции. Тогда в целом сновидения этого второго типа надо понимать как пластическую репрезентацию угрозы дезинтеграции Я.

Кохут объяснил это, обратясь к примеру сновидений с полетом. В частности, мы отсылаем читателя к трем сновидениям, о которых он впервые упомянул в 1971 году (Kohut, 1971, pp. 4, 149) и к которым он снова привлек внимание в 1977 году (Kohut, 1977, p. 109). Вкратце, Кохут рассматривает сновидения полета как угрожающую репрезентацию грандиозного Я (the self), причем опасность состоит в дезинтегрированности, которую он приравнивает к проявлению психоза. Это интерпретация (по Кохуту, не являющаяся поддерживающим маневром), согласно которой различные события в жизни пациента, включая прерывание анализа, оживляют старые мании величия. Пациент боится, что они появятся снова, но даже его сновидения ясно показывают, что он может преодолеть проблему с юмором (Kohut, 1977, p. 109). Кохут видит в юморе своего рода сублимацию и вызов нарциссической мании величия, то есть некую разновидность дистанцирования (см. также у Френча и Фромма (French, Fromm, 1964) концепцию «деанимации» (deanimation) как защиту и способ облегчить решение проблемы).

Нет ничего более естественного, чем рассматривать сновидения полета как Я-репрезентации и исполнение желаний. Сегодня для людей, в отличие от Икара, полет является реалистическим опытом. Мы считаем, что влияние, которое оказывает на формирование бессознательных схем развитие технологии, следует более тщательно исследовать, прежде чем спекулятивно делать определенные выводы типа утверждения Кохута о том, что сновидения полета являются особо опасными представителями грандиозного Я. А выходя за рамки практических вопросов техники лечения, мы можем видеть, к каким последствиям могут привести теоретические положения, если они принимаются как уже доказанные. Кохуту не нужны никакие ассоциации для интерпретации этих сновидений, потому что они якобы располагаются на архаичном уровне функционирования. Однако мы считаем это — как и вообще вопрос об интерпретации символов — непроясненной проблемой психоаналитической теории интерпретации сновидений.

Людерс (Lüders, 1982) различает сновидения о себе (Selbstträumen) и сновидения об объектных отношениях, но кажется, он принимает положение о том, что сновидения, в которых присутствуют взаимодействующие персонажи, также можно интерпретировать с точки зрения Я. Он подчеркивает, что сновидения являются интерпретациями, хотя и без регуляции и без контроля, которые в бодрствующем сознании отражают деятельность Я. С его точки зрения, здесь лежит противоречие между концепцией себя и реальным Я, воображаемой и действительной способностью действовать, которое определяет форму, принимаемую сновидением. Либо понятие Я модифицирует-

ся, не изменяя этим реальное Я, либо реальная способность действовать претерпевает несимволизированную модификацию. Изменения, которые расширяют или ограничивают способность действовать, могут быть позитивными или негативными; в любом случае сновидец узнает посредством интерпретации, в каком состоянии находится его реальное Я и какие возможности у него имеются для осознания и действия в момент сновидения, как он на самом деле чувствует себя и в каком настроении он находится. Какими бы ни были сновидения — о полете или падении, об умирании или рождении, о матери сновидца или аналитике, — каждое сновидение особым образом передает невоспринятое, несимволизированное изменение способности сновидца действовать и каждая интерпретация сновидения проясняет и дифференцирует тот образ Я, который он создал.

При помощи такого понимания места Я в сновидениях Людерс подчеркивает их функцию решения проблем, рассматривая каждое явное содержание сновидения как интерпретацию неосознаваемого состояния психической реальности пациента и приписывая особую важность интегративной функции интерпретации аналитика (как сделал Френч (French, 1952, p. 71); см. также: French, Fromm, 1964). Мы, в частности, разделяем категоричное мнение Людерса о том, что «каждая сцена и каждое лицо являются метафорой, иллюстрирующей невидимую и неартикулированную динамику и смысл которой может быть установлен только с помощью ассоциаций и воспоминаний сновидца. Язык сновидения — личный, а не универсальный» (Lüders, 1982, p. 828).

Со времен Фрейда процессу сновидения приписывалось все увеличивающееся количество функций, то есть теория исполнения желаний постоянно обогащалась. Одно из важных дополнений теории Фрейда — это предложение Френча (French, 1952) смотреть на сновидения как на попытки решения проблем и рассматривать не только само желание, но также и препятствия, стоящие на пути выполнения желания и его осознания. Разрабатывая эту идею, Френч и Фромм (French, Fromm, 1964) видят два основных различия между фрейдовской теорией сновидений и их собственной. Первое заключается в одностороннем теоретическом интересе Фрейда к инфантильным желаниям, которые он считает самым главным двигателем работы сновидения. Второе заключается в том, что фрейдовская техника реконструкции работы сновидения в основном ограничивается ассоциативными цепочками. Френч и Фромм, напротив, не считают, что процесс мышления подобен цепной последовательности из отдельных пунктов, но скорее относятся к мышлению как к чему-то происходящему в «гештальтах» (p. 89).

15–1030

«Решение проблем», высвеченное Френчем и Фроммом (French, Fromm, 1964), не является основным, поскольку является личной, универсальной и никогда не завершаемой задачей для каждого индивида. В различных местах своей работы Френч и Фромм ограничивают этот термин социальной адаптацией, тем самым придавая решению проблем более специфический смысл с акцентом на конфликты в отношениях.

Отношение между сновидением и попыткой решить проблему освещается в работах Фрейда после 1905 года, в «Лекциях по введению в психоанализ», где он пишет:

> Ибо совершенно верным будет сказать, что сновидение может представлять и замещать все, что вы только что перечислили: намерение, предупреждение, размышление, подготовку, попытку решить проблему и так далее. Но если вы посмотрите внимательнее, вы увидите, что все это относится только к латентным мыслям сновидения, которые были трансформированы в сновидение. Из интерпретации сновидения вы узнаете, что бессознательное мышление людей имеет дело с этими намерениями, приготовлениями, размышлениями и так далее, из которых затем работа сновидения и делает сновидения (1916/17, p. 222).

Фрейд продолжает прояснять некоторые понятия, а затем задает вопрос (p. 223): «Латентные мысли в сновидениях являются тем материалом, который работа сновидений превращает в явное сновидение. Зачем же путать материал и активность, которая его формирует?» В вытекающих отсюда размышлениях Фрейд еще раз подчеркивает функцию сновидения как исполнения желания.

Теория сновидений во многом испытала на себе влияние философских рассуждений о навязчивом повторении. Альтернативное, психологически более правдоподобное объяснение, которое Фрейд дал повторяющимся тревожным сновидениям и из которого, в противоположность гипотезе о влечении к смерти, можно вывести полезные терапевтические меры, было отметено в сторону. Это заставляет нас еще больше подчеркнуть, что мотивационную интерпретацию тревожных сновидений следует рассматривать как попытку овладеть трудными травмирующими ситуациями.

На практике введение концепции влечения к смерти повлияло только на тех аналитиков, которые включили его в качестве латентного образа мира или человека в клиническую теорию психоанализа. Большинство же аналитиков следовали фрейдовской терапевтически очень плодотворной и теоретически правдоподобной альтернативной интерпретации повторяющихся тревожных сновидений, которая рассматривает их как форму отсроченного овладения проблемой, а потому, в широком смысле, и ее решения. Кафка (Kafka, 1979) в своем обзоре «экзаменационных» сновидений говорит об их функции самоутверждения

и объясняет их как переходную форму между травматическими сновидениями и тревожными сновидениями.

Подобно тому как сновидения о наказании были включены в теорию исполнения желаний, благодаря расширению концепции желания и локализации желания в Сверх-Я, повторяющиеся страшные сновидения также можно включить в эту расширенную теорию, приписав Я сравнимую с желанием потребность справляться с трудностями (Weiss, Sampson, 1985). Эта альтернатива, хотя и предусмотренная Фрейдом, не была теоретически разработана, и это удивительно, если иметь в виду, что интуитивно она использовалась многими аналитиками и что клинически она может быть высоко оценена без особых затруднений. Опыт показывает, что если проработаны старые детерминанты тревоги и тем самым усиливается уверенность в себе (чувство Я и т.д.), то типичные повторяющиеся страшные сновидения о травматических ситуациях отступают. Симптоматика может также улучшаться в той мере, в какой ее корни находятся в сновидениях и ее можно рассмотреть как проявление этих специфических бессознательных детерминант (см.: Kafka, 1979).

Таким образом, хотя Фрейд без колебаний в контексте психологической интерпретации сновидений наказания рассматривал желание и его удовлетворение как возникающее не из инстинктивной жизни, а из других психических областей, он в дальнейшем избегал какого-либо расширения теории исполнения желаний. Он смог поместить сновидения наказания в подчинение Сверх-Я, не отказываясь от своей системы, но приписать характеристику желания самому решению проблем означало бы разрушить систему. Тогда решение проблем стало бы первостепенным принципом, а инстинктивные желания как части целостной Я-репрезентации были бы иерархически ему подчинены.

Что могло побудить Фрейда не рассматривать тревожные сновидения как попытки исполнения желания в смысле овладения трудностями, то есть как исходящие от Я, при том что у него не было сомнений, когда он приписывал сновидения наказания мотивам Сверх-Я? Мы полагаем, что так много проблем возникло из-за реорганизации дуалистической теории и изменения первой топографии на вторую, структурную топографию и что теория сновидений до сих пор полностью не интегрирована в структурную теорию (Rapaport, 1967), несмотря на делавшиеся попытки (Arlow, Brenner, 1964). Например, на основе структурной теории было бы очень естественным рассматривать Я как обладающее функцией овладения тревогой также и в сновидениях, а повторяющиеся сны как попытки решения проблем. Фрейд уже представил убедительный пример решения проблемы в сновидении, которое он интерпретировал во «Фрагменте

анализа одного случая истерии» (1905е), и очень позитивно описал решения проблем в сновидениях как продолжение бодрствующего мышления на предсознательном уровне в примечаниях к «Толкованию сновидений» издания 1914 и 1925 годов (1900а, р. 579 и 506 соответственно) и в «Лекциях по введению в психоанализ» (1916/17, р. 236).

Но все же Фрейд оставался скептически настроенным в отношении попыток приписывать работе сновидения творческий характер (1923а, р. 242). Мы относим то, что он тем не менее придерживался идеи сведения сновидений к одному-единственному типу мышления (а именно к попыткам исполнения желаний), к базовому, имманентному его системе принципу, берущему свое начало в его латентной антропологии, то есть в его образе человека и мира. Мы имеем в виду его попытку отнести психические явления и, следовательно, происхождение, смысл и природу сновидений в конечном счете к физиологическим процессам. Потребности и желания, несомненно, тесно связаны с влечением как пограничным понятием между психическим и физиологическим; вот почему процесс сновидения рассматривался Фрейдом как разрядка внутренних стимулов. Однако нельзя отмахнуться от того, как обосновал Фрейд свой латентный образ человека на практике, то есть в толковании сновидений, и считать это находкой пасхальных яиц, которые он сам и спрятал, или, другими словами, подтверждением заранее подстроенного. Даже если нельзя защищать теорию исполнения желаний в смысле разрядки влечений, она остается первичным эвристическим принципом, согласно которому все психические явления, включая сновидения, должны рассматриваться как выражение желаний и потребностей. Всякий раз, когда игнорируется этот регуляторный принцип, теряется существенная часть.

## 5.4 Теория Я-репрезентации и ее следствия

Нам бы хотелось обобщить положение Фрейда о том, что каждое сновидение представляет самого сновидца, и вывести некоторые заключения, расширяющие это положение. Противоречия в психоаналитической теории сновидений (работы сновидений) возникают из-за того, что смысл, выходящий за пределы явного содержания сновидения, не поддается терапевтическому переводу (работе по интерпретированию) без столкновения с сопротивлением сновидца. Одна из проблем, возникающих при интерпретировании, заключается в определении отношений между латентными мыслями сновидения, не вскрытыми в интер-

претации, и явным содержанием сновидения (то есть между латентным и явным сновидением).

Несоответствия возникают при попытках интерпретирования, потому что теперь Фрейд предполагает некую генетическую связь, в которой мысль, как более позднее явление с точки зрения психологии развития, подчинялась бы архаическому символическому способу выражения в виде одновременно действующего латентного желания. Характерно следующее утверждение: «Вы увидите также, что таким образом становится возможным в отношении большого числа *абстрактных* мыслей создавать картины, действующие как их замена в сновидении и в то же самое время служащие цели сокрытия» (Freud, 1916/17, p. 121; курсив наш).

Совершенно очевидно, что здесь Фрейда интересует, как и во всей его работе, отношение предварительных стадий к конечной форме, то есть тема трансформации и проблема разнообразия и развития психических констелляций. Вышеупомянутые противоречия в конечном счете связаны и с огромными трудностями в понимании правил трансформации и их детерминант, если желание, образ и мысль или аффект и восприятие отделить одно от другого, несмотря на то что они составляют вместе некую единицу опыта. Например, представьте себе трансформацию желания в «галлюцинаторное исполнение желания». Поскольку первичное инфантильное желание было подчинено латентной мысли в цепи событий, как это предполагается теорией, это также можно рассматривать как разновидность проблемы трансформации, что могло бы объяснить противоречивые утверждения, касающиеся «явного» и «латентного». Если принять сокращенный термин *«латентное сновидение»* для описания смысла *«явного сновидения»*, раскрытого интерпретацией, не локализуя смысл сам по себе на кажущейся реальной предварительной стадии, тогда не нужно задумываться о теоретически неадекватных концепциях решения проблем и можно обрести открытую позицию, предполагающую особую форму мышления в сновидениях.

Мы уже говорили о том, какие процессы психологического развития создают основу для появления личности сновидца в каждом сновидении. Все же открытым остается вопрос о деталях, если мы придерживаемся той формулировки, что сновидение — это Я-репрезентация, которую сновидец осуществляет в той степени, в какой он выражает свою субъективную точку зрения в отношении части своего собственного мира на языке образов. Его субъективный взгляд на самого себя и на ту часть своей жизни, которая представлена в сновидении, ориентирован, даже независимо от регрессии, на Эго. Другие персонажи драмы, их слова, их действия изобретены и инсценированы дра-

матургом, по крайней мере настолько, насколько они не противоречат характеристикам и обстановке, которые даны автором сновидения.

Однако у автора нет полной свободы выбора в отношении материала и способов репрезентации, это фактически в значительной степени предопределено следующими ограничениями: до тех пор пока нам не навязывается никаких непреодолимых мыслей в бодрствующем состоянии, в невротической или психотической болезни, мы чувствуем, что мы хозяева в нашем собственном доме, с достаточной свободой выбора различных возможных направлений действия. Даже если рамки выбора сильно ограничены внешними или внутренними факторами и если с точки зрения мотивации наша свобода воли попала в зависимость, мы все же продолжаем твердить, по крайней мере субъективно, о возможности выбора сделать одно и не делать другого. Если бы дело обстояло иначе, мы не могли бы достичь идеальной цели психоанализа, которая, благодаря проникновению в детерминанты мысли и действия, должна увеличивать область свободы индивида и его способность нести ответственность за самого себя и окружающих, то есть освобождать его от неизбежности последствий бессознательных процессов. В сновидениях субъективное чувство хозяина в собственном доме и потенциальной свободы теряется. Мы особенно сильно переживаем эту потерю, когда вырываемся из страшных сновидений, перед лицом которых мы совершенно беспомощны, и преодолеваем эту потерю свободы, еще раз утверждая свое Я. Уменьшение сопротивления вытеснения вместе с процессами формирования сновидений (работой сновидения, описанной Фрейдом) делает возможным проявление тех бессознательных сфер психической жизни, которые Я предпочитало бы не признавать и против которых воздвигаются барьеры. Один из признанных общих принципов психоанализа заключается в том, что эти бессознательные потребности создают симптомы именно потому, что они возвращаются через заднюю дверь и лишают хозяина дома и его силы, и его свободы. Этот общий принцип может быть для человеческой жизни более или менее значим в зависимости от особого контекста в индивидуальной психопатологии и в истории общества.

С динамической точки зрения было бы естественно особенно внимательно рассмотреть, какое влияние оказывает уменьшение сопротивления вытеснения во время сна на мир желаний сновидца. Поскольку по самой своей сути желания направлены на объекты и стремятся к удовлетворению и поскольку человеческому воображению нет границ (то есть речь идет далеко не только о непосредственном удовлетворении витальных потребностей), неизбежно возникают фрустрации. Если иметь в виду

базовую значимость желаний и то, что даже в раю, наверное, человеческая фантазия никогда не достигнет исполнения желаний, не говоря уже о реальных неудачах или табу на инцест, которое, наверное, является единственным табу, преодолевающим почти все социально-культурные границы и имеющим универсальную силу закона (Hall, Lindzey, 1968), то неудивительно, что Фрейд ограничился при практическом терапевтическом рассмотрении смысла сновидений лишь репрезентацией желаний. С одной стороны, мир желаний неистощим, а с другой — всегда существуют ограничения, запреты и табу, которые препятствуют удовлетворению желаний. Таким образом, желания встречают так много воображаемых и реальных разочарований, бесконечно питаемых чрезмерной индивидуальной фантазией, что вырастает особенно сильное сопротивление их принятию и сознательному признанию. Поэтому Фрейд приписывал цензуре сновидения функцию маскировки и кодирования, допускающую только *попытку* исполнения желаний.

Не может быть ни желания, ни инстинкта, существующих отдельно от субъекта, и даже там, где субъект еще не испытал чувства Я или ощущения своей идентичности, то есть в младенчестве, к нему относятся как к голодному существу и называют собственным именем. В каком-то смысле выражение голода криком является Я-репрезентацией, соответствующей возрасту субъекта. Сам младенец не понимает этого, но это понимают окружающие. Хотя взрослые через собственный инсайт могут постичь, как дети ощущают мир, наши теории о том, как они видят и чувствуют, всегда являются продукцией взрослого разума. Поскольку речь идет о довербальной фазе развития, конструкции и реконструкции внутреннего мира ребенка не могут основываться на вербальной информации. Следовательно, это задает особые проблемы научной верификации, которых, впрочем, мы не можем здесь касаться более глубоко.

Мы упоминаем об этой потенциальной и частой «путанице языков взрослых и детей» (Ferenczi, 1955 [1933]) потому, что теперь переходим к отношениям между детским видением и взрослым мышлением, пользуясь примером перевода детского языка сновидения на язык бодрствующего мышления. Между прочим, мы все же имеем дело с переводом с одного языка на другой, даже когда особая форма мышления в сновидениях не характеризуется так сильно инфантильностью и особой окрашенностью воспоминаний, как это полагал Фрейд. С незапамятных времен тот факт, что люди живут в двух мирах — в мире обычного языка днем и в мире языка сновидений ночью, — являлся источником затруднений. Существенным в искусстве толкователя сновидений всегда было перевести странный язык сновидений таким образом, чтобы их содержание пришло в гармо-

ничное соответствие с сознательными желаниями и намерениями сновидца. Во время осады Тира Александру Великому приснился танцующий сатир, что толкователь снов Аристандрос интерпретировал как «sa Tyros» — «твой Тир» (Freud, 1916/17, p. 236). Несомненно, Аристандрос постиг мир желаний Александра и, вероятно, уже интуитивно что-то понимал о самоисполнении пророчеств. Возможно, что пророчество принесло удачу, усилив решимость Александра!

Приближение к ночной стороне нашего мышления может оказаться нелегким для пациента; когда его ассоциации вращаются вокруг явного содержания сновидения, поиск смысла полностью предоставлен ему и его прочтению ничто не противопоставляется. Даже пациенты, сильно мотивированные любопытством и склонные на основе предыдущего опыта полагать, что у сновидений есть творческая функция, бывают встревожены зловещей природой некоторых сновидений. Часто такую тревогу можно понять в контексте сопротивления в той или иной форме и, следовательно, предложить способы для ее преодоления. Поскольку это происходит так часто и так регулярно и никоим образом не ограничивается начальной фазой лечения, нам бы хотелось описать это при помощи более общего термина «сопротивление идентичности» (гл. 4), а именно сказать, что сопротивление коренится в приверженности пациента к своему сознательному образу себя и мира, то есть к своей предыдущей идентичности.

Сопротивление идентичности направлено не только вовне, против мнений и влияний других, особенно аналитика, но также и вовнутрь, в частности против иной репрезентации себя и мира в сновидениях. Именно этот внутренний аспект имеет в виду Эриксон, когда он говорит о сопротивлении идентичности и страхе перед изменением чувства идентичности (1968, pp. 214—215). В частности, он описал сопротивление идентичности в контексте феноменологии спутанности идентичности в пубертате и раннем подростковом возрасте. Мотивация сопротивления идентичности, проявляемая анализируемыми, которые жестко придерживаются своих сознательных взглядов, а потому имеют значительные ограничения, касающиеся Я-репрезентации в своих сновидениях, может быть совершенно иной. Очевидно, что эти две психологически очень разные группы, отличающиеся по возрасту и по симптоматике, требуют различного лечения. Простой здравый смысл подсказывает, что нам следует по-разному себя вести, когда мы хотим стабилизировать размытую и спутанную идентичность и устранить барьеры, ставшие жесткими и почти непреодолимыми. Эту дифференциацию в лечении можно наполнить теоретическим содержанием.

Не может быть никаких сомнений в том, что исполнению желаний через объект и объектные отношения в сновидениях приписывается большее терапевтическое и теоретическое значение, чем фундаментальному тезису Фрейда о том, что сновидец всегда представляет себя часто в обличье других лиц.

Представленные выше размышления об идентичности и сопротивлении идентичности требуют от нас теперь рассмотрения концепции идентификации в смысле «точно так же, как». Фрейд (1900a, p. 320) утверждает, что образ в сновидении может быть составлен из частей, взятых у различных людей, и говорит, что эту «конструкцию составной личности» (p. 321) невозможно ясно дифференцировать исходя из идентификации. Когда конструкция составной личности не вполне успешна, в сновидении появляется другая фигура.

Мы следовали за предположением Фрейда (1923, p. 120), согласно которому Я сновидца может появляться более одного раза в одном и том же сновидении — лично или скрытое за другими лицами, — и пришли к тому, как язык сновидения превращает общность или схожесть в зрительные образы. Вместо вербального оформления мыслей, например «Я похож на...» или «Я хотел бы быть похожим на...», у сновидца возникает портрет лица, с чьей красотой, силой, агрессивностью, сексуальной потенцией, умом, познаниями и т.д. он хотел бы идентифицироваться. Этот многоликий процесс делает возможным человеческое развитие и учение на примерах. Можно было бы сказать, что если удовлетворение инстинктов обеспечивает выживание животного, то для того, чтобы гарантировать онтогенез человека в данном социокультурном контексте, необходима идентификация. Поэтому мы поддерживаем тезис Фрейда о том, что первичная идентификация является прямым или изначальным способом связывания чувств с объектом, возникающим раньше любых объектных отношений, и, следовательно, имеет основополагающее организующее значение в человеческом развитии (Freud, 1921c, pp. 106—107; 1923b, p. 31).

Сновидец распределяет свое мнение, намерения и действия между различными лицами с легкостью, и это, возможно, связано с непреодолимой формальной структурой этого особого языка, — структурой, которая напоминает зрительные ребусы. Такие ребусы, между прочим, были очень популярны в Вене в XIX веке, что может служить объяснением тому, почему Фрейд выбрал их в качестве метафоры, описывающей структуру сновидений, — метафоры, которую высоко оценил даже Витгенштейн, несмотря на свою враждебность психоанализу вообще.

Кажется естественным рассматривать представление сновидца в качестве другого лица как проекцию, но глубина Я-репрезентации через других была бы ограничена, если бы послед-

няя объяснялась всегда проекцией и вообще защитой. Тем не менее нет ничего необычного в том, что сновидцам трудно узнавать себя в других и легко увидеть сучок в глазу другого, не замечая бревна в собственном. Примитивный уровень психологического развития, до которого могут регрессировать сновидцы, допускает взаимозаменяемость субъекта и объекта. Различение Я и не-Я, субъекта и объекта на этой фазе еще не полное (и, к счастью, оно никогда не бывает абсолютным, даже у здорового взрослого, иначе не существовало бы такой вещи, как взаимное и разделенное счастье, не говоря уже об «океаническом чувстве») (см.: Thomä, 1981, pp. 99—100).

В этом контексте нам бы хотелось снова обратиться к кропотливому исследованию Фукса (Foulkes, 1982), показавшему, что рассказы о сновидениях 3- и 4-летних детей описывают действия, выполняемые другими людьми. На уровне сновидения дети этого возраста принципиально живут в мире идентификаций, а не проекций.

Фрейд всегда сохранял верность положению, что функцией процесса сновидений является репрезентация желаний, однако впоследствии (1923c, pp. 120—121) отказался от положения, что *все* образы, появляющиеся в сновидениях, являются фрагментациями или репрезентациями собственного Я сновидца, как от спекулятивного. Но кто придерживался этого положения? На наш взгляд, критика Фрейда могла быть направлена против интерпретаций Юнга на субъективном уровне. С другой стороны, вполне возможно, что этого мнения придерживались другие психотерапевты или что оно возникло внутри психоанализа. Наконец, возможно, что Фрейд хотел заранее возразить против такой точки зрения как абсолютной. Во всех своих работах он последовательно придерживается того взгляда, что сновидец может появляться более одного раза в сновидении и быть скрытым за другими лицами. Абсолютистская концепция пробила бы брешь во всеобъемлющем эвристическом принципе обнаружения инфантильных корней желания, мотивирующего сновидение, везде, где это только возможно.

Абсолютистская теория Я-репрезентации стала бы соперничать с теорией исполнения желаний как с первичной концепцией психоаналитической интерпретации сновидений. Хотя фактически практическая терапевтическая интерпретация сновидений была так же далека от понимания этого в начале 1920-х годов, как и в то время, когда Фрейд писал «Толкование сновидений», где все эти факторы были уже рассмотрены, оказавшись полезными для понимания сновидений Доры. Другими словами, в процессе поиска латентных желаний, *включая* инфантильное желание сновидения, постоянно обнаруживались другие аспекты сновидений и их смысл, включая функции решения

проблем и овладения конфликтами. Всегда существовало большое разнообразие подходов к интерпретации сновидений, но никогда не было тенденции заместить теорию исполнения желаний равной по охвату теорией Я-репрезентации.

Важно не забывать точку зрения Фрейда, что именно регрессия в сновидении позволяет сновидцу представить себя в виде нескольких персонажей во сне. Это облегчает преодоление границ между Я и Ты, между субъектом и объектом, и делает их взаимозаменяемыми в смысле двусторонней идентификации в сюжете сновидения. Возникновение магических желаний позволяет объектам в сновидениях, как в волшебных сказках, трансформироваться ad libitum[1]. Быть и иметь, идентификация и желание больше не являются противоположностями, а суть два аспекта процесса сновидения.

Имея все это в виду, кажется естественным искать мишень критики Фрейда вне фрейдистских школ психоанализа и счесть этой мишенью интерпретации Юнгом сновидений на субъективном уровне. Даже если мы ошибемся в своем предположении, мы надеемся, что наша ошибка по крайней мере продуктивна для продолжения разработки данной темы. В силу исторических и практических причин любое рассмотрение Я-репрезентации в сновидениях должно включать и интерпретацию на субъективном уровне, которая очень тесно связана с понятием самости Юнга, и нарциссическую психологическую интерпретацию Я (Self) Кохута.

## 5.5 Техника

Концепция сновидения как средства Я-репрезентации должна способствовать расширенному пониманию процесса сновидения, которое разрешит противоречие, присущее теории желаний. В латентных мыслях сновидения и желаниях мы видим бессознательные элементы Я (des Selbst), вовлеченные в конфликт и содержащие описание проблемы, а возможно, даже попытки решения проблемы в сновидениях. Мы также видим представление сновидца о себе, о своем теле, о паттернах своего поведения и т.д. Соотношение между решением проблем в настоящем и раньше, в прошлой жизни, не только выявляет вытесненные желания и конфликты, но также представляет собой репетицию будущих действий. Когда сновидение понимается как Я-репрезентация во всех своих доступных аспектах, аналитик будет восприимчивым к тому, что наиболее важно для сновидца,

[1] По желанию *(лат.)*.

и будет оценивать успешность своих интерпретаций не только тем, насколько они вносят вклад в понимание того, как пациент функционирует в данный момент, но также, что особенно важно, насколько они помогают пациенту достичь новых и лучших способов видения вещей и усовершенствовать паттерны поведения. Хотя прошлое сновидца со всеми своими препятствиями в его развитии жизненно важно, его жизнь проходит «здесь-и-теперь» и ориентирована на будущее. Толкование сновидений может внести значительный вклад в изменение настоящего и будущего индивида.

Прежде чем мы перейдем к толкованию сновидений в более строгом смысле, нам бы хотелось остановиться на нескольких вопросах, касающихся запоминания сновидений и сообщений пациента о сновидениях. Терапевтическая полезность сновидений не ограничивается исключительно их толкованием с помощью ассоциаций, то есть обнажением содержания латентных мыслей сновидения. Моншо (Monchaux, 1978) считает функцию видения сна и сообщения о сновидениях (в смысле бессознательного желания и защиты в трансферентных отношениях) настолько же важной для сновидца, как само по себе сновидение.

Начнем с практического вопроса: следует ли стимулировать пациентов записывать сновидения, например, непосредственно после пробуждения? Фрейд (1911е) совершенно четко высказывался против такого предложения, считая, что сновидения не забываются, когда основное бессознательное содержание готово к проработке. Абрахам (Abraham, 1953 [1913]) разделял этот взгляд и в подтверждение его приводил занимательный клинический случай. Слэп (Slap, 1976) кратко сообщает, что он попросил пациентку записать часть одного сновидения, которое вызывало у нее трудности при устном сообщении, и полагает, что такие действия помогли понимать сновидение.

То, что сообщение о сновидении пациентом (об этом иногда критически упоминают) обладает или приобретает отчетливое сходство с теоретической ориентацией аналитика, не является свидетельством в пользу теории аналитика, но говорит лишь о том, что пациент и аналитик влияют друг на друга. Не следует особенно удивляться, если два участника сближаются при рассказе, общем исследовании и окончательном понимании сновидения. Продуктивность пациента в смысле его сообщений о сновидениях, естественно, также во многом определяется тем, каким образом аналитик реагирует на эти рассказы и есть ли у пациента ощущение, что аналитику они интересны. Томэ (Thomä, 1977) ясно показал, что это сближение не является результатом терапевтического внушения. Для того чтобы пациент мог сообщать о сновидении, он должен чувствовать себя достаточно

безопасно в терапевтических отношениях. Хохаге и Томэ (Hohage, Thomä, 1982) кратко сообщают о взаимодействии между констелляцией переноса и заинтересованностью пациента в своих сновидениях.

Грунерт (Grunert, 1982, р. 206) возражает против мнения Фрейда о том, что само по себе содержание явного сновидения, без включения ассоциаций сновидца, может оказаться бесполезным для интерпретации. Она пишет: «В отличие от практики Фрейда, аналитику не следует бояться придавать серьезное значение образам и событиям в сновидениях и в сопровождающих их или символизируемых эмоциях и аффектах». Из этого следует, что он должен давать и соответствующие интерпретации.

### 5.5.1 *Рекомендации Фрейда и позднейшие добавления*

Сформулировав множество советов по технике интерпретации, которые рассыпаны по «Толкованию сновидений» (1900а), Фрейд обобщил свои рекомендации в различных публикациях. В «Замечаниях по теории и практике толкования сновидений» он писал:

> При интерпретации сновидения во время анализа можно выбрать одну из нескольких технических процедур.
>
> Можно (а) двигаться хронологически и стимулировать сновидца приводить свои ассоциации к элементам сновидения в том порядке, в котором эти элементы встречаются в его сообщении о сновидении. Это первоначальный классический метод, который я все еще считаю самым лучшим в случае, если кто-либо анализирует свои собственные сновидения.
>
> Или можно (б) начать работу по интерпретации с какого-либо одного отдельного элемента сновидения, который выбирается из его середины. Например, можно выбрать наиболее впечатляющий отрывок, или фрагмент, отличающийся наибольшей ясностью или сенсорной интенсивностью; или опять же можно начать с некоторых произнесенных в сновидении слов, ожидая, что они приведут к воспоминанию каких-нибудь слов, произнесенных в состоянии бодрствования.
>
> Или можно (в) сначала совершенно игнорировать явное содержание и вместо этого спросить сновидца, какие события предыдущего дня ассоциируются в его голове со сновидением, которое он только что описал.
>
> Наконец, можно (г), если сновидец уже знаком с техникой интерпретации, не давать ему никаких инструкций и позволить самому решить, с каких ассоциаций к сновидению он начнет.
>
> Я не могу утверждать, что одна или другая из этих техник предпочтительна или в целом приведет к лучшим результатам (1923с, р. 109).

Эти рекомендации включают все существенные элементы интерпретации сновидений, хотя аналитик может придавать большую или меньшую важность разным аспектам и варьировать последовательность применения. Рекомендации, данные через десять лет (1933а), подобны, но в них большее внимание уделяется дневным остаткам.

Теперь у аналитика есть материал, с которым он может работать. Но как? Хотя литература по сновидениям между тем выросла количественно так, что стала необъятной, тщательные рекомендации по технике интерпретации встречаются достаточно редко.

Рассматривая процесс сновидения как решение проблем, Френч и Фромм приводят три условия, которым должны соответствовать интерпретации:

1. Различные смыслы сновидения должны соответствовать друг другу.
2. Они должны соответствовать эмоциональному состоянию сновидца на момент видения сна.
3. Должна быть возможной реконструкция мыслительных процессов непротиворечивым способом.

Френч и Фромм (French, Fromm, 1964, p. 66) описывают эти факторы как «когнитивную структуру сновидения». Эти факторы — тест на валидность реконструкции и, следовательно, интерпретации. Они подчеркивают, что Я в сновидениях не только встает перед задачей решения проблемы, но должно также избегать слишком большого вовлечения в фокусируемый конфликт, что могло бы еще более затруднить решение проблемы. Это избегание лучше называть термином «дистанцирование». Один из признанных способов дистанцирования — это то, что Френч и Фромм называют «деанимацией» (deanimation): конфликт с другими людьми лишается эмоций или техницируется, чтобы облегчить поиск решения проблемы, которая теперь выглядит как всего лишь техническое препятствие. «Когнитивная структура сновидения» — это выражение, которое Френч и Фромм употребляют для описания «констелляции тесно взаимосвязанных проблем» (p. 94), под которыми они подразумевают текущие отношения сновидца в повседневной жизни, отношения с аналитиком и взаимосвязь этих двух видов отношений.

Интерпретация сновидений, как и другие формы интерпретации, должна учитывать три компонента: трансферентные отношения, текущие внешние отношения и историческое измерение. Это необходимо, потому что проблема, а она невротическая, очевидно, не может быть решена пациентом во всех этих трех областях. Френч и Фромм очень скрупулезно пытаются найти узнаваемые значимые связи для материала одного и того же (и предыдущего) сеанса. Любые пробелы и противоречия полезны тем, что заставляют проверять другие, возможно, лучшие гипотезы. Ни в коем случае не являясь противниками интуиции, эти авторы тем не менее не доверяют интуитивной интерпретации сновидений, поскольку такая интерпретация, скорее всего, затрагивает лишь один из аспектов сновидения и заводит аналитика в ловушку техники «прокрустова ложа» (French, Fromm,

1964, р. 24), то есть вызывает искушение подогнать материал к гипотезе, а не наоборот. Рассмотрение изолированных аспектов является, с их точки зрения, самой частой причиной расхождений во мнениях при интерпретации сновидений. Представляет интерес их стремление к анализу нескольких сновидений, что позволяет достичь исторических интерпретаций (р. 195). Другие авторы также стремятся к исследованию последовательности сновидений (например: Greenberg, Pearlman, 1975; Cohen, 1976; Greene, 1979; Geist, Kächele, 1979).

Для полной ясности нам бы хотелось снова привести список требований, которые Френч и Фромм считают необходимыми для интерпретации сновидений:

1. Различные смыслы сновидения должны соответствовать друг другу.
2. Они должны соответствовать эмоциональному состоянию сновидца «в момент сновидения».
3. Не следует принимать часть за целое.
4. Не следует использовать технику «прокрустова ложа».
5. Два этапа:
   а) текущая проблема;
   б) подобная проблема в истории (помнить об аспекте переноса).
6. Возможность проверки: реконструкция когнитивной структуры сновидения, противоречия как важные источники новых идей (аналогия: ребусы).
7. Для исторических интерпретаций необходимо несколько сновидений.

Лоуи привлекает внимание к определенному ограничению в интерпретативной деятельности: он не интерпретирует те аспекты, которые помогали бы и поддерживали сновидца. Это в целом соответствует технике неинтерпретирования мягкого позитивного переноса прежде, чем он превращается в сопротивление. Он активно предостерегает против слишком поспешных интерпретаций: «Необдуманные интерпретации подавляют, и это может привести к тому, что субъект будет лишен необходимого эксплицитного переживания определенных создаваемых им самим фигур и сцен» (Lowy, 1967, р. 524).

Часто обсуждается символическая интерпретация, занимающая особое место благодаря общей валидности символов. Однако эта позиция поставлена под сомнение Холтом (Holt, 1967), определившим символы как особую форму смещения. Согласно Холту, символы следует рассматривать как вид смещения. Он пишет:

> Таким образом, я предлагаю рассматривать символизм как особый случай смещения со следующими характеристиками: символ является социально принятым и структурированным смещением-заменой

(displacement-substitute). Первая характеристика — его использование большим количеством людей — предполагает вторую и помогает ее объяснить: если бы любое отдельное смещение-замена было бы просто ad hoc, переходным явлением, тогда бы действительно пришлось предположить существование некоего «расового бессознательного» или другого вида предначертанной гармонии, чтобы объяснить тот факт, что многие люди прибегают к одинаковому смещению (Holt, 1967, p. 358).

Ассоциации являются предпосылкой и основой интерпретаций аналитика. Они являются теми кирпичиками, при помощи которых он строит свое понимание сновидения и проблемы и выстраивает свое альтернативное решение для сновидца и которые составляют важную часть того, что обозначается термином «контекст» сновидения. Санд (Sand) в неопубликованной рукописи «Систематическая ошибка при использовании свободных ассоциаций» (1984) рассматривает значимость «контекста» с научной точки зрения. Райс (Reis, 1970) исследовал формы, которые принимают свободные ассоциации к сновидениям, и использует реальный случай для иллюстрации специфической проблемы, состоящей в том, что пациенты иногда неспособны давать ассоциации, в частности к сновидениям.

Фрейд постулирует качественные отношения между сопротивлением и требованиями к ассоциациям, необходимые для понимания элементов сновидения. Он пишет:

Иногда требуется всего лишь одна ответная реплика или несколько, чтобы привести нас от элемента сновидения к бессознательному материалу, который за ним стоит, в то время как в других случаях для этого требуются длинные ассоциативные цепочки и преодоление многочисленных критических возражений. Мы сделаем вывод, что эти различия имеют отношение к изменяющейся силе сопротивления, и, возможно, мы окажемся правы. Если сопротивление невелико, смещение не может быть очень далеким от бессознательного материала; но большее сопротивление означает, что бессознательный материал будет в большей степени искажен и что путь от смещения обратно к бессознательному материалу будет длинным (1916/17, pp. 116—117).

Именно в области интерпретации сновидений особенно укреплялась и оттачивалась техника свободных ассоциаций (см. разд. 7.2). В то же самое время техника получила теоретическое обоснование в предположении об обратной симметрии между работой сновидения и генезисом свободных ассоциаций. Таким образом, Фрейд (1900a, p. 102) определяет свободные ассоциации как «непроизвольные мысли». Сновидение воспринимается как продукция процесса регрессии, благодаря которому мысли сновидения превращаются в зрительные образы.

Фрейд полагал, что пациент, который свободно предается ассоциациям на кушетке, находится в регрессии, сходной с регрессией сновидца. Следовательно, пациент находится в особенно благоприятных условиях для описания образов сновидения, а

также их интерпретации. Благодаря процессу ассоциаций один за другим компоненты сновидения становятся доступными осознанию в бодрствующем состоянии, то есть пациент может разобрать по частям то, что было соединено в сновидении (Freud, 1901a, pp. 636—642).

Поскольку метод свободных ассоциаций сегодня нельзя больше рассматривать как простую инверсию работы сновидения, рекомендуется относиться к свободным ассоциациям прагматически и не упускать из виду значительной роли, которую играет аналитик, просто активно слушая, в создании связей, которые он интерпретирует. Мы уже ясно показали на примере интерпретации сновидения Кохутом, насколько большим может быть влияние теоретических положений.

Мы используем выражение «ассоциации в связи с темой» (themenzentriertes Assoziiren), чтобы описать ассоциации, которые дает сновидец, побуждаемый аналитиком в связи с отдельными элементами сновидения; это ассоциации в русле классической интерпретации сновидений. Хотя ассоциации в связи с темой все еще употребляются время от времени с пользой для интерпретативной работы, в литературе приводится немного таких случаев анализа сновидений. Мы не стыдимся показаться старомодными в этом отношении и не думаем, что сфокусированная интерпретация сновидения на основе ассоциаций в связи с темой ограничивает свободу пациента. Естественно, при ассоциациях в связи с темой вскоре возникает вопрос, какие из ассоциаций пациента все еще связаны с самим сновидением и, что еще важнее, какие из них связаны с латентными мыслями и его специфическими бессознательными желаниями. Однако сопротивление ассоциированию, хотя и в определенных пределах, дает некоторые указания на тот путь, по которому надо следовать в контексте сновидения.

В этой связи нам бы хотелось упомянуть еще об одном моменте, а именно о том, что техника интерпретации сновидений, описанная Фрейдом как «классическая» (1923c, p. 109), почти забыта. Крис не приводит ни одного примера этой техники. Он понимает метод и процесс свободных ассоциаций обобщенно: это обычный процесс, при помощи которого сновидец пытается выразить все свои мысли и чувства в словах, а аналитик, пользуясь своими собственными ассоциациями, помогает ему выполнить эту задачу (Kris, 1982, pp. 3, 22).

Способность пациента ассоциировать свободно или более свободно может рассматриваться как выражение внутренней свободы и, следовательно, как желаемая цель лечения. Однако отнюдь не собственные ассоциации аналитика и не его равномерно распределенное внимание как таковое помогают пациенту; существенным фактором является то, как аналитик приходит

к полезным интерпретациям и как они влияют на пациента. Непосредственно после каждого вмешательства (каждого перерыва в речи пациента) сеанс начинает крутиться вокруг одной из этих тем. Даже полное отсутствие какой бы то ни было ответной реакции на интерпретацию есть реакция, которую аналитик отметит. Тогда равномерно распределенное внимание аналитика сосредоточивается на теме в той же степени, в какой на этой теме сосредоточивается и пациент, реагируя на вмешательства аналитика, а не игнорируя их. Как аналитик выводит свои интерпретации из ассоциаций пациента, как он находит нужные слова — это относится к психоаналитической эвристике и не является предметом обсуждения в данном разделе (см. гл. 8). Чем более разнообразны ассоциации пациента и чем они подробнее, тем больше затруднений будет у аналитика в том, чтобы сделать выбор и обосновать его с учетом паттернов или конфигураций материала. Поэтому, с одной стороны, целесообразно рассматривать то, что говорит пациент, с позиции непрерывности — что из прошлого занятия продолжается сегодня? — а с другой, рассматривать текущий сеанс как самостоятельный: какую проблему пытается решить пациент?

Спенс (Spence, 1981) предлагает делить ассоциации на «первичные» и «вторичные» согласно «правилам трансформации», которые он хочет установить. Основой использования ассоциаций является «постулат соответствия», о котором мы упоминали выше (Spence, 1981, p. 387): ассоциации соответствуют мыслям сновидения, потому что регрессия во время ассоциирования соответствует состоянию «доброкачественной регрессии» во время сна или влюбленности. Первичными ассоциациями являются те, что причинно связаны со сновидением; они приводят к подробностям сновидения. Вторичные ассоциации — это те, что подсказаны самим сновидением; они уводят от сновидения. Поскольку это важное различение и чтобы яснее продемонстрировать аргументацию Спенса, нам бы хотелось немного подробнее процитировать его:

1. Мы должны разделять ассоциации сновидца на первичные (предполагаемые причины сновидения) и вторичные (вызванные сном, как он приснился, но не имеющие никакого существенного отношения к созданию сновидения). Все вторичные ассоциации должны исходить приблизительно из одного и того же периода жизни пациента — как рабочую гипотезу возьмем двадцать четыре часа до сновидения. Чем более ограничен во времени этот период, тем больше мы можем быть уверены, что верно идентифицировали первичные ассоциации. С другой стороны, если мы значительно увеличиваем пространство наших поисков (например, включив всю жизнь пациента), тем самым мы уменьшаем возможность обнаружения чего-либо, связанного с *причиной* сновидения, и повышаем шансы уловить только вторичные ассоциации.

2. Нужно представить первичные ассоциации как минимальный набор суждений. Мы должны представить каждую ассоциацию в некоторой стандартной канонической форме, облегчая этим нахождение общих признаков всего их набора и пути для обнаружения правил трансформации.
3. Нам придется уменьшить количество причинных суждений до ограниченного набора, состоящего из одного или более правил трансформации. Каждое правило (или правила), примененное к каноническому суждению, должно генерировать одну или более подробностей реального сновидения; полный набор правил вместе с полным набором суждений должен учитывать *все* подробности сновидения. Таким образом, в конце этой процедуры мы ограничим явное сновидение до (а) набора основных суждений и (б) до набора одного или более правил трансформации. Трансформирующие правила могут следовать некоторым механизмам первичного процесса (1981, р. 391).

Прежде всего, Спенс здесь стремится уменьшить многообразие смыслов, которое привело Шпехта (Specht, 1981) к вопросу о том, как отличаются интерпретации сновидений, во-первых, от астрологии и интерпретаций оракулов и, во-вторых, от схематической интерпретации символов, на которой основаны популярные книжки по толкованию сновидений. Обратимся сначала к критике произвольности, которая получает поддержку даже в наших собственных рядах. Уэлдер пишет, рассматривая теорию неврозов:

Если бы надо было выявить возможные теории — теории, рассматривающие невроз как одновременное решение трех или более проблем, — и, кроме того, принять во внимание возможность подчинения одной проблемы другой проблеме, количество таких теорий невроза достигло бы многих десятков тысяч (Waelder, 1936, р. 55).

Немного ниже он продолжает:

Наконец, мы можем начать искать действие этого принципа даже в области сновидений; сновидение — это сфера, в которой изначально была открыта сверхдетерминация. Тем не менее основной характерной чертой сновидения остается ограничение психических переживаний как в отношении к их содержанию (обесценивание Сверх-Я и активных проблем Я), так и в отношении к способу работы (замещение работы бессознательного работой сознания в *предпринимаемых решениях)* и, наконец, в хронологическом смысле (обесценивание настоящего в пользу прошлого). При рассмотрении всех этих ограничений или регрессий, что означает изменение в проблемах и поворот в специфических методах решения от сознательного к бессознательному характеру работы, явления сновидения также могут быть объяснены принципом функции умножения. Каждое событие сновидения затем появляется в восьмикратной функции или в восьми группах смысла. Отличие сновидений объясняется только изменением или сдвигом проблем и воспроизведением способа работы (1936, рр. 58—59; курсив наш).

Здесь подразумевается то, что, если учитывать несколько факторов, количество возможных интерпретаций сновидения достигнет десятков тысяч. Следовательно, сновидение является

концентрацией многих замыслов и имеет бесконечное количество потенциальных смыслов. Однако, согласно Шпехту (Specht, 1981), возможные пробные интерпретации сновидения нельзя ограничивать. Шпехт формулирует и апробирует теорию интерпретации сновидений, ссылаясь на «расплывчатый горизонт» психоаналитических концепций и правил интерпретации (р. 776). Он предлагает, в соответствии с подобными проблемами в теории науки, «понимать интерпретации сновидений и как рекомендации, а не только как описательные утверждения» (р. 783). Он полагает, что сновидения следует понимать в смысле предполагаемого желания, даже если сновидец не осознает это желание. Шпехт определяет желание как «тенденцию, корни которой находятся в конкретной жизненной ситуации, которую еще неспособен принять сновидец» (р. 784). Он работает с концепцией «предшествующей констелляции» (antecedent constellation) (р. 765), под которой он подразумевает «психическое состояние, предшествующее сновидению». Вслед за Роландом (Roland, 1971) он подчеркивает, как и Санд (см. выше), но независимо от него, решающее значение «релевантного контекста». Обе концепции — и мы полагаем, верно, — оставляют открытым временнóе измерение, так что позволяют включить и дневные остатки, и травмы, полученные десятки лет тому назад. Шпехт приходит к заключению, что возможности для интерпретации сновидения ограничены (1) правилами интерпретации, (2) свободными ассоциациями сновидца и (3) набором желаний, закрепленных в предшествующей констелляции и на пути которых возникает препятствие (созданное противоположными мотивами, которые нужно тоже определить) к осознанию. Если в большинстве сновидений будет невозможно установить никакого соответствия между различными пробными интерпретациями сновидения и желаний, уходящих в предшествующие констелляции, тогда Шпехт сочтет эту теорию ошибочной. «Следовательно, теория сновидений в принципе опровержима, в отличие от интерпретаций оракулов» (р. 775).

Он предлагает следующие критерии научной интерпретации сновидений:

1. Описание предшествующей констелляции.
2. Применение правил интерпретации.
3. Сообщение о свободных ассоциациях пациента.
4. Описание контрмотивов (с психогенезом?).
5. Рассмотрение различных желаний сновидения.
6. Обоснование выбора «правильной» интерпретации.
7. Разработка интерпретаций.
8. Их воздействие (учитывая критерии «правильной интерпретации», среди прочих — возникновение нового материала).

В диспутах о научной теории мы не должны позволять себе забывать о том, что интерпретация сновидений практически возникает из желания пациента иметь такую интерпретацию (Bartels, 1979): он хочет ликвидировать разрыв между своими сновидениями и своей сознательной жизнью, чтобы сохранить свою идентичность, как отметил Эриксон (Erikson, 1954), интерпретируя «образец сновидения в психоанализе» — сновидения фрейдовской Ирмы.

# 6 Начальное интервью и латентное присутствие третьих сторон

## 6.1 Проблема

Пациент и аналитик обычно впервые встречаются в приемной, но к этому моменту у каждого из них уже сложился некоторый образ другого. Представим себе пациента, который договорился о встрече по телефону или в письменной форме. Он кратко обрисовал свои проблемы или написал подробный отчет о своей жизни и нынешней ситуации, подчеркнув острую потребность в консультации. Пациент мог также выразить сомнения в том, что данный аналитик, о котором он знает понаслышке, возьмет его в качестве пациента, и надежду на то, что откладываемое им в долгий ящик решение подвергнуться психоанализу наконец быстро приведет к успешному лечению хронических симптомов. Со своей стороны аналитик уже многое узнал или предположил о жизни пациента и его нынешнем состоянии из того, каким образом тот к нему пришел или был направлен, а также из содержания и формы его письма или телефонного звонка. Таким образом, даже до первой встречи процессы переноса, контрпереноса и сопротивления оказываются приведенными в движение. Нашему воображаемому пациенту мог даже присниться дом, сходство которого со зданием, где размещается офис аналитика, для него очевидно после пробуждения. Аналитик может обнаружить в себе знаки позитивного контрпереноса в более широком смысле этого понятия. И если описание пациентом своего режима работы позволяет аналитику предположить, что он обладает значительной гибкостью в отношении выбора времени встреч, то аналитик сверяет свое расписание назначенных сеансов с тем, чтобы предложить время встречи.

Из краткого рассмотрения этого воображаемого типичного случая могут быть сделаны два вывода. Во-первых, процессы переноса, контрпереноса и сопротивления начинаются до первой встречи между пациентом и аналитиком. Во-вторых, надежды пациента воздействуют на его мышление в сновидении до начального интервью. Именно по этим причинам настоящая глава

идет после разделов, посвященных данным аспектам. В отношении переноса, контрпереноса и сопротивления мы хотели бы подчеркнуть жизненную важность установки аналитика для первой и последующих встреч. Мы подчеркиваем это особенно для тех, кто решил начать чтение с этой главы, поскольку она является введением в психоаналитическую практику. Несколько более опытный читатель может заключить из наших предварительных замечаний, что исход начального интервью с таким воображаемым образцовым пациентом может быть с определенной уверенностью предсказан даже на основе такой скупой информации. В подобных случаях нет нужды в большой диагностической проницательности, и решение начать анализ бывает уже почти принято еще до того, как аналитик поломает голову над конкретными показаниями.

В некоторых случаях можно совсем отказаться от начального интервью или продолжительной проясняющей фазы. Так бывает, когда обеим сторонам — и аналитику, и пациенту — ясно, что первое интервью, скорее всего, будет означать начало лечения. Каждый аналитик знаком с таким быстрым процессом принятия решения, которое не имеет никакого отношения к обаянию взаимного тяготения. Он плавно подводит к четырем или пяти сеансам еженедельного лечения, поскольку ожидания и особенности каждой из сторон хорошо дополняют друг друга: возраст, уровень образования, серьезность симптомов, успешная профессиональная карьера, дающая пациенту финансовую независимость, и гибкость в отношении времени встреч.

Неудивительно, что в психоаналитической литературе гораздо шире обсуждается вступительная фаза лечения, чем начальное интервью. Мы тоже предпочли бы перескочить через обсуждение начального интервью и перейти непосредственно к правилам и началу самого лечения. Однако мы не можем поступать так, поскольку имеем дело не только с идеальными пациентами, обладающими хорошей мотивацией для обращения к аналитику и осознающими связь между своими симптомами и жизненными проблемами и конфликтами, то есть с пациентами, которые уже обладают желаемым, с психоаналитической точки зрения, пониманием сути своего заболевания. В реальной жизни такие пациенты существуют, но встречи с ними довольно редки. Как правило, пациенты аналитика озабочены широким кругом психических и физических проблем (покрывают обширный нозологический спектр), далеко не все из них финансово независимы и хорошо образованны. В этих условиях начальное интервью приобретает решающее значение. И поскольку начальному интервью уже не придают сомнительной функции точного определения пригодности пациента для психоанализа, то появляется

возможность приобщиться к духу новаторства и удовольствию от экспериментирования, которые были свойственны Фрейду.

Мы рассматриваем начальное интервью как первую возможность для психоаналитического метода приспособиться к специфическим особенностям отдельного пациента. Первые встречи очень ответственны. Информация, которую можно получить всего за несколько встреч, будет неполной и ненадежной. В принципе только в абсолютно ясных случаях можно с определенностью утверждать, что данному пациенту психоанализ *не может* помочь, поскольку психоаналитический метод базируется на установлении особых отношений с пациентом как с личностью, способной использовать благотворное терапевтическое воздействие на нарушения, симптомы и болезнь, которые являются полностью или частично *психическими* по своему происхождению. Поэтому мы употребляем несколько претенциозное слово и говорим о *встрече*. В этом слове воплощены все технические правила и специальные термины.

Необходимо выйти за пределы простого обобщения. Чем более разработаны и детализированы терапевтические методы и техники, тем более отчетливо они связаны с теорией происхождения данного заболевания и тем точнее можно предсказать их эффективность. Чем лучше известны обстоятельства, вызвавшие данное состояние, и чем более понятен механизм действия лечебного средства, тем более точными будут и прогностические заключения. Таким образом, в медицине стандартизация и возможность распространения техники — ее применимость к типичным случаям, наряду с гибкостью, позволяющей адаптировать ее к отдельному пациенту, — представляют научный и практический идеал. При таком подходе ошибки в лечебной технике могут быть описаны как отклонения от установленной нормы. В полной мере уместность подобного подхода очевидна при рассмотрении случаев преступной небрежности врача в лечении больного.

Можно ли применить этот идеал к психоанализу и можем ли мы ожидать, что начальное интервью даст необходимую нам информацию для установления показания в пользу лечения? Это означало бы, что показания и прогноз взаимосвязаны напрямую, как в вопросах, которые задает каждый пациент: «Каковы у меня шансы на улучшение или излечение благодаря психоанализу? Будет ли лечение более успешным, если я стану приходить только два раза в неделю?» Такие вопросы затруднительны для любого аналитика. И по этой причине мы открыто признаем, что и сами были бы рады работать в стандартизованных условиях, в ситуации, когда диагноз свидетельствует о ясном психогенезе, так что можно было бы обосновать и показания, и прогноз.

Если бы отбор пациентов, пригодных для стандартной психоаналитической техники, был единственной важной задачей в начальном интервью, то мы могли бы непосредственно перейти к терапии, то есть к психоаналитическому процессу, в ходе которого определяется прогноз. Но внешняя сторона обманчива: технические стандарты, созданные для так называемого пригодного случая, — это формальные критерии, и как таковые они остаются внешними по отношению к сути и содержанию процесса и, может быть, даже служат для него препятствием. Именно по этой причине, говоря о начальном интервью, мы должны принимать во внимание так много различных факторов. И это множество необходимо рассматривать в контексте задач, которые нужно решить. Мы бы хотели, прослеживая несколько линий развития, расширить обзор и, пользуясь психоаналитической установкой, под различными углами зрения рассмотреть начальное интервью. Мы придаем особое значение *установке* психоаналитика, например вниманию, которое он уделяет переносу, контрпереносу и сопротивлению. В строгом смысле, психоаналитические приемы часто нельзя использовать, поэтому установка аналитика и то, как он обходится с сообщениями, исходящими от пациента, имеют огромное значение. Итак, разработка специфической техники психоаналитического интервью запоздала, хотя влияние психоанализа быстро сказалось на психиатрическом интервью в США и на составлении истории болезни в психосоматической медицине в Германии.

В данной главе мы ставим своей целью уделить должное внимание как общим требованиям интервьюирования, так и специфическим характеристикам психоаналитического интервью. Поэтому мы должны познакомить читателя с широким спектром взглядов, так как, хотя стандартная техника психоанализа и переняла медицинскую модель определения показаний к лечению, едва ли какой-нибудь аналитик, за исключением редких совершенно ясных случаев, о которых говорилось выше, в состоянии сформировать определенное мнение на основе всего нескольких встреч с пациентом.

Неудивительно, что в тех случаях, когда аналитику представляется, что даже первая встреча уже может быть проведена в манере, приближенной к образцу базовой техники, пациенты оказываются пригодными для анализа в стандартных условиях. Действительно важно, как, например, пациент реагирует на пробные интерпретации, так как по вполне понятным причинам это может отражать его способность к инсайту и осознанию конфликтов. Еще более важно, что реакции пациента на пробные интерпретации и иные специальные приемы психоаналитической техники, как показывает опыт, зависят от множества детерминант, например от временнóй приуроченности.

Довольно много факторов влияют на длительность того периода, который необходим пациенту для такого привыкания к организованному данным аналитиком (а спектр индивидуальностей широк) психоаналитическому диалогу, чтобы он смог уловить смысл пробных интерпретаций. При прочих равных условиях то же самое верно и для всех других критериев. В заключение заметим, что форма, которую принимает начальное интервью, должна быть приспособлена к индивидуальным обстоятельствам каждого отдельного пациента.

## 6.2 Диагноз

Диагностические обследования у Фрейда служили задаче исключить соматические заболевания и психозы. Казалось, что ограничения психоаналитического метода гораздо больше определялись его стремлением к амбулаторному, а не стационарному лечению, нежели ограничениями самой техники. Фрейд, который никогда не колебался брать серьезно больных пациентов, рассматривал временно необходимое стационарное лечение как средство значительно расширить применимость психоаналитического метода (Freud, 1905a). Как только выполнялись элементарные предварительные условия, решался вопрос оплаты и устанавливалось время встреч, пациенту сразу же объяснялось основное правило, и анализ начинался. В то время, как и сейчас, такие общие психосоциальные факторы, как образование, возраст и мотивация, имели большое значение. До начала первой фазы лечения Фрейд не собирал детальной истории; его предварительное интервью, как можно увидеть в случае Человека-Крысы (Freud, 1909d, p. 158), было кратким.

У Фрейда все пациенты находились «в анализе». После того как он перестал прибегать к гипнозу, он не делал различий между разными формами психоаналитической терапии — это был просто его психоаналитический метод. В основном Фрейд имел дело с серьезными случаями и лечил пациентов, которые не могли справиться с жизнью. Вместе с ними и для них была разработана психоаналитическая терапия (Freud, 1905a, p. 263).

Проблема отбора пациентов для анализа впервые возникла, когда спрос на психоанализ начал обгонять предложение. Так, Фенихель сообщал о клинике Берлинского института:

> Разрыв между общим числом обращений за консультациями и числом пациентов, с которыми можно было провести анализ, привел к необходимости неприятного процесса отсеивания. Само собой разумеется, что первоначальными критериями были показания к анализу, но, кроме того, Институт выдвинул еще два условия принятия пациента на психоаналитиче-

ское лечение: случай должен быть пригоден для научного исследования и для обучения (Fenichel, 1930, p. 13).

Отношение числа консультаций к числу принятых на лечение к этому времени составляло примерно 2,5:1. В Берлинском институте к принятию на психоаналитическое лечение относились с энтузиазмом экспериментирования, и это показывает высокий процент (241 из 721) случаев преждевременного прерывания анализа.

Относительно большое число случаев прекращения анализа после короткого периода работы вполне объяснимо. В большинстве этих случаев пригодность пациентов для анализа была сомнительной с самого начала, но тем не менее они подверглись «пробному анализу», в конце которого аналитик вынужден был рекомендовать прекратить анализ (Fenichel, 1930, p.14).

Пробный анализ помогал более четко определить показания и был с самого начала уязвим для вопроса пациента: «Если в конце пробного анализа окажется, что я не гожусь для психоанализа, для какого типа лечения я пригоден?» Такой очевидный вопрос подрывает самые основы существования пациента. Может показаться, что этой проблемы легко было бы избежать, если не давать явного согласия на пробный анализ — например, аналитик соглашается на пробный анализ, не сообщая об этом пациенту. Но это оказалось бы несовместимым с психоаналитической установкой. Более того, пробный анализ может быть валидным в качестве теста на пригодность только в контексте стандартной техники, которую будет использовать позже тот же аналитик. Поведение пациента во время пробного анализа должно, таким образом, рассматриваться с учетом того, что сегодня немногие пациенты, обратившиеся за консультацией в амбулаторные психосоматические пункты, могут быть признаны пригодными для лечения в ходе пробного анализа, проводимого в соответствии с моделью базовой техники. Понятно, почему от пробного анализа отказались: отвержение в конце может быть очень болезненным для пациента, если на него просто вешается ярлык «непригоден для психоанализа» и не предлагается ничего в качестве альтернативного лечения.

Конечно, отказ от пробного анализа не решал проблему, а просто перемещал ее на начальное интервью. Как мы покажем далее, это бремя нельзя облегчить до сносного для обоих участников или конструктивно решаемого уровня до тех пор, пока адаптация индивидуальных показаний не станет фундаментальным аспектом диагностики и терапии. Однако в первую очередь мы хотели бы подчеркнуть, что проблемы, которые вынуждены были решать во время начального интервью в старом Берлинском психоаналитическом институте, все еще встречаются во

всех больших клиниках; частная практика не затронута этим в такой же степени. По этой причине большинство публикаций на тему начального интервью основываются на опыте, накопленном их авторами в институтах. К тому же лишь немногие учебные психоаналитические центры специально обучают технике интервью. Могут быть выделены следующие основные линии развития. В общей диагностике психоанализ с годами принял от психиатрии ее нозологическую систему. Диагностические модели психосоматической медицины были и остаются ориентированными вокруг физической симптоматологии. Психоаналитическое начальное интервью является относительно более поздним достижением, которое было разработано в основном в больших амбулаторных клиниках.

Психоаналитическая установка и психоаналитическое мышление оказали огромное влияние на технику психиатрического исследования. Здесь, как и везде в истории, могут быть периоды асинхронии, продолжающиеся десятилетиями, и междисциплинарные влияния могут долго не замечаться. Но нет никакого сомнения, что после того, как Блойлер (Bleuler, 1910) усвоил психоаналитическое мышление, психиатрическая диагностика претерпела изменения. Брилл, Патнэм и другие психиатры ознакомились с психоаналитической техникой благодаря школе Блойлера в Бургхольцли и способствовали ее распространению среди психиатров в США, где еще до этого почва была подготовлена идеями Майера по социальной гигиене и психотерапии. Влияния психодинамического мышления стали ощутимы уже в 1930-е годы. Отдельные шаги отметили Гилл и его коллеги (Gill et al., 1954), важнейшим вкладом которых стало определение техники психодинамического интервью. Они противопоставили традиционному психиатрическому исследованию «динамическое интервью», которое преследует три цели:

> Первая цель — это установление *раппорта* (тесных отношений) между двумя посторонними, человеком-профессионалом и человеком, который страдает психологически и часто заставляет страдать других. Независимо от того, кем являются терапевт и пациент, должна быть предпринята попытка понять пациента, достичь человеческого контакта и определенного взаимного уважения. Все авторы, пишущие об интервьюировании, подчеркивают это, и мы полностью согласны с ними в этом вопросе. Вторая цель — *оценка* психологического статуса пациента. Третьей целью является *укрепление* желания пациента продолжить терапию, если для нее есть показания, и планирование с ним следующего шага в данном направлении (Gill et al., 1954, pp. 87—88).

Психиатрический диагноз опирается на оценку всей ситуации в целом и соответствует предложенному Балинтом понятию тотального диагноза. Включение Гиллом и его коллегами идей развития и поддержки пациента в задачи начального интервью представляет собой, по нашему мнению, важный шаг, уводящий

от чисто диагностического интервью в направлении терапевтического действия.

«Интерперсональная теория психиатрии» Салливана (Sullivan, 1953) уделила значительное внимание аспекту взаимоотношений. Остается нерешенным вопрос, основал ли Салливан на самом деле настоящую интерперсональную психотерапию, как утверждают Гринберг и Митчелл (Grinberg, Mitchell, 1983), или он вернулся к преимущественно интрапсихически ориентированному подходу (Wachtel, 1982). Прояснение данного вопроса зависит от того, каким образом роль аналитика как участвующего наблюдателя реализуется на практике.

В 1950-е годы психоаналитиками, работающими в рамках динамической психиатрии, было разработано множество разнообразных психодинамически ориентированных стратегий интервью. Именно в этот период Дейч в контексте своей преподавательской деятельности описал «ассоциативный анамнез»:

> Метод, названный «ассоциативным анамнезом», заключается в записи не только того, что пациент говорит, но и того, как он подает информацию. Здесь важно не только то, что пациент рассказывает о своих жалобах, но также и то, на каком этапе интервью и в какой связи он представляет свои идеи, жалобы и воспоминания о своих соматических и эмоциональных нарушениях (Deutsch, Murphy, 1955, т. 1, р. 19).

Подход, направленный на изучение и описание психопатологии, сменился наблюдением за динамикой происходящего, без слишком большой концентрации на компоненте взаимоотношений. Этот компонент использовался скорее для создания благоприятной для исследования ситуации. Весьма полезно рассмотреть эту интеграцию психиатрии и психоанализа — к которой стремились, например, Редлих и Фридман (Redlich, Freedman, 1966) — с точки зрения разнообразных сочетаний описательной психопатологии и признания важности возникающих взаимоотношений.

«Структурное интервью» Кернберга (Kernberg, 1977, 1981) — хороший образец психоаналитически ориентированного психиатрического начального интервью. Кернберг пытается связать персональную историю заболевания пациента и его общее психическое функционирование напрямую с взаимодействием пациента и диагноста. Технически Кернберг рекомендует применять циркулярный процесс. С одной стороны, возвращение вновь и вновь к проблемам и симптомам пациента определяет его психопатологический статус; с другой — внимание сосредоточивается на взаимодействии (в психоаналитическом смысле) между пациентом и терапевтом, и интерпретации, включая интерпретацию переноса, даются в ситуации «здесь-и-теперь». Главной целью является прояснение интеграции Эго-идентичности и диффузии идентичности, качества защитных ме-

ханизмов и наличия или отсутствия способности проверки реальности. Это позволяет провести дифференциацию личностной структуры на невроз, пограничную личность, функциональные (эндогенные) психозы и психозы, детерминированные органическими причинами. Интервьюер пускает в ход прояснение, конфронтирование и интерпретацию, чтобы собрать материал, который принесет важную в прогностическом и терапевтическом плане информацию. Его особенно беспокоят оценка мотивации пациента, его способность к самонаблюдению и работе вместе с терапевтом, его потенциал для «отыгрывания» (acting out) и опасность психотической декомпенсации.

Время от времени в качестве интерпретаций невротическому пациенту предлагаются бессознательные связки или пограничному пациенту сообщается о расщеплениях в его репрезентациях себя. Из реакций пациента можно делать выводы, облегчающие принятие терапевтом решения относительно дальнейших диагностических и терапевтических мер.

Структурированная классификация дифференциального диагноза следует за нозологической системой психиатрии, выделяющей три главные категории — эндогенные и экзогенные психозы и неврозы. Кернберг в качестве четвертой категории добавляет пограничные нарушения. Несмотря на циркулярную форму диалога, основная тема интервью Кернберга, которую он делает более конкретной при помощи особых вопросов в начальной, средней и завершающей фазах, соответствует психиатрической феноменологической идее, согласно которой в первую очередь идет поиск психозов, обусловленных церебральными расстройствами, во вторую — функциональных психозов, и лишь затем пограничных нарушений и неврозов. Самим употреблением таких терминов, как «симптомы», «обследование» и «кардинальные симптомы», Кернберг демонстрирует, что одной ногой он крепко стоит в области описательной психиатрии. Структурирующая деятельность интервьюера, естественно, оказывает влияние на взаимодействие. Чтобы получить информацию, необходимую для дифференциального диагноза, применяется определенное ограничение свободы в способах взаимоотношений, которые начинают формироваться между пациентом и терапевтом. Тем не менее структурное интервью представляет собой сбалансированное сочетание психопатологического описания и анализа взаимоотношений, которое отвечает диагностическим, терапевтическим и прогностическим требованиям, предъявляемым к первичной консультации. Такое интервью также охватывает широкий спектр заболеваний, которые только и встречаются, в частной ли практике или в институтах, при отсутствии ограничительных процессов предварительного отбора, гарантирующих, что аналитик лечит почти исключительно невро-

зы. По нашему мнению, Кернбергу удалось достичь хорошего синтеза разнообразных функций первой встречи. Если учесть, что почти все американские психоаналитики получили сначала психиатрическое образование, то становится понятнее, почему в учебных планах американских психоаналитических институтов не слишком подчеркивается важность начального интервью (Redlich, Freedman, 1966).

С большим упрощением можно было бы сказать, что психоаналитическая установка и психоаналитическое мышление повлияли на технику психодинамического интервью и оно, в свою очередь, оказало воздействие на психоаналитическую практику. В структуре этих обоюдных влияний есть своеобразные узловые пункты, которые характеризуют главные задачи начального интервью. Мы вполне осознаем, что подчеркивание нами при нижеследующем описании определенных аспектов несколько преувеличивает различия.

Сначала мы обратимся к биографическому анамнезу, поскольку вопрос о связи между историей жизни пациента и его нынешними симптомами поднимается в каждом начальном интервью. Если нам необходимо перейти от запускающей ситуации — в психосоматической терминологии, от ситуации искушения и фрустрации — к объяснению психогенеза в смысле дополняющих серий у Фрейда, то необходимо узнать кое-что о детстве пациента. Однако, чтобы уловить потенциальную эмоциональную релевантность этой информации, необходимо включить ее в психопатологию конфликта или, в более широком смысле, — в теорию личности. В этой связи необходимо отметить уже на этом этапе, что психоаналитическое начальное интервью коренится отчасти в попытках систематизации теории терапии, предпринятых в 1920-е и 1930-е годы. Наконец, мы подходим к интеракционной модели интервью, которая была разработана в Тавистокской клинике Балинтом, находившимся под влиянием психологии объектных отношений и признававшим важность взаимообмена между доктором и пациентом в ситуации «здесь-и-теперь».

Возникшая в Гейдельберге после войны психосоматическая медицина с самого начала испытала на себе сильное влияние вопроса фон Вайцзэкера (von Weizsäcker, 1943): «Почему болезнь появилась *теперь* и почему она проявляется именно *здесь*, в данном органе или системе?» Развитие ассоциативной техники интервью («биографический анамнез») и ее эволюционирование в «систематический сбор истории болезни» были описаны Томэ:

Основная цель «биографического анамнеза» (см.: Ruffler, 1957) состоит в использовании вопросов, для того чтобы пролить свет на жизненную ситуацию пациента во время первого возникновения симптомов и затем дать точное описание этой ситуации... «Биографический анамнез» не пре-

следовал в первую очередь терапевтической цели, то есть достижения изменения, а был сосредоточен на диагностике прошлого. Отношения доктор — пациент или их специфическое выражение в переносе или контрпереносе специально не рассматривались (Thomä, 1978, p. 254).

Временные связи между текущей ситуацией пациента, предшествующими событиями в его жизни, происхождением его симптомов и изменением их интенсивности естественным образом формируют отправной пункт для многих более или менее систематизированных техник интервью. Триада — «утрата объекта, безнадежность, беспомощность» (Engel, Schmale, 1967), — которую можно наблюдать при различных заболеваниях, создает теоретическую почву для формы диалога, которую предложил Энгел (Engel, 1962). Адлер (Adler, 1979, p. 329) описывает метод Энгела как технику сбора истории болезни, которая дает возможность доктору, благодаря его знанию психологии развития и теории неврозов, интегрировать психические, социальные и соматические данные, а также определять их значение.

В общем верным является то, что терапевтическая уместность этой техники поиска информации и обеспечения инсайта при структурировании интервью во многом определяется способом ее применения. Если психоаналитику удастся использовать типичные конфликты в жизни пациента, чтобы продемонстрировать ему со всей ad oculos[1] нечто из латентной динамики и скрытых связей, то данный метод облегчит подход особенно к тем пациентам, которые не могут иначе прямо и беспрепятственно достичь инсайта относительно психогенеза своих симптомов.

В данной технике диагноз опирался на более или менее прочную теорию неврозов, а ведение диалога на практике было ориентировано на психоаналитическую технику лечения в том виде, в каком она была систематизирована в 1920-е и 1930-е годы. Опыт, полученный в амбулаторных психоаналитических клиниках, был в этом отношении решающим. Особенно большой упор на диагностические возможности делался в амбулаторной клинике старого Берлинского психоаналитического института, и появилась необходимость сравнить полученные данные. Таким образом, преподавание и исследования способствовали систематизации. Ранняя работа Александера дает тому превосходный пример. Его более позднее исследование, посвященное специфичности психосоматической медицины в Чикагском психоаналитическом институте, было бы невозможно без модели диагностического интервью (Alexander, 1950).

«Целенаправленный анамнез» Шульц-Хенке (Schultz-Hencke, 1951), ориентированный на диагностику ситуаций искушения и

---

[1] Наглядность *(лат.)*.

фрустрации, являющихся симптомо-пусковыми, игнорировал в начальном интервью аспект взаимоотношений и переноса. Шульц-Хенке связывал эти ситуации, которые были введены в психоаналитическую терминологию и практику Фрейдом, со своей собственной теорией конфликта и структуры. Эта техника, получившая позднее развитие, была названа «биографическим анамнезом» и подробно описана Дюрссеном (Dührssen, 1972, 1981).

За последние годы не оправдались ожидания получить возможность устанавливать типичные, особо характерные констелляции конфликтов, на что надеялись Александер и Френч (Alexander, French, 1946), выдвигая специфические гипотезы. Разнообразие психодинамических конфликтных паттернов и гибкость их связи с клинической картиной, иными словами, их «неспецифичность» (Thomä, 1980), сделали диагностический компонент начального интервью относительным.

Тавистокская модель, тесно связанная с работой Балинта, делает акцент на терапевтических отношениях в ситуации «здесь-и-теперь», то есть на функциональном единстве переноса и контрпереноса. В конце 1950-х годов Митчерлих представил эту модель в Психосоматической клинике Гейдельбергского университета, где она оказалась весьма продуктивной, так как с самого начала диалога фиксировала внимание аналитика на протекающих процессах обмена между ним и пациентом (Künzler, Zimmermann, 1965). Ниже приведены некоторые важные моменты, которые требуют специального рассмотрения при составлении письменного заключения о диалоге.

*Развитие отношений «доктор — пациент»*

1. Как пациент обращается с доктором? Наблюдаются ли какие-либо изменения в этом отношении? Связаны ли они с привычным поведением или с болезнью?
2. Как доктор обращается с пациентом? Происходят ли какие-нибудь изменения в ходе интервью?
   а) Был ли доктор заинтересован проблемами пациента?
   б) Было ли у аналитика чувство, что он что-то может сделать для него?
   в) Заметил ли доктор какие-нибудь человеческие качества у пациента, которые ему понравились, несмотря на все его недостатки?

*Важные элементы интервью*

Здесь в фокусе внимания находится развитие событий внутри интервью, то есть результаты переноса и контрпереноса.

1. Неожиданные утверждения или проявления эмоций со стороны пациента, непроизвольные ошибочные действия (parapraxes) и

17· 1030

т.д., очевидное исключение определенных периодов в его жизни или каких-то людей из окружения и т.д.

2. Какие интерпретации были даны в ходе интервью и каковы реакции пациента на них?

*Полученные данные и их оценка*

1. Каким образом нарушение проявляется в жизни пациента (перечень симптомов, обнаруженных в интервью, включая и те, в отношении которых на данный момент у аналитика есть лишь неясные подозрения).
2. Предполагаемое значение нарушения, выраженное в психодинамических терминах.
3. Выбор терапии:
   а) пригодность к краткосрочной терапии (фокусированная психотерапия); обоснование;
   б) потенциальные аргументы против;
   в) пригодность для психоанализа; обоснование;
   г) отказ от какой-либо формы терапии; обоснования;
   д) другие подходящие формы лечения.
4. Ближайшие задачи. Что доктор считает ключевым симптомом, за который он хотел бы взяться в первую очередь? Как может лечение этого симптома повлиять на другие симптомы? Идеи относительно частоты и длительности лечения.

Из следующего раздела станет яснее, как дух балинтовской модели повлиял на представление о начальном интервью в его терапевтическом аспекте. Данная модель (в своей оригинальной форме (M.Balint, A.Balint, 1961 pp. 69—70; Balint et al., 1972, pp. 19—20) или модифицированная), хотя далеко не все знают о ее происхождении, во многих местах стала основой построения терапевтической концепции начального интервью.

## 6.3 Терапевтические аспекты

Появление тавистокской модели изменило концепцию начального интервью: психоанализ вошел в интервью как терапевтический метод, и диагноз оказался подчинен терапии. Выражаясь осторожнее, можно сказать, что теперь диагностическая и терапевтическая функции первой консультации стали рассматриваться как равные по значению. Мы основываем свое суждение об этом качественном изменении на работе Балинта. Хотя, конечно, и многие другие аналитики повлияли на то, чтобы терапевтической функции начального интервью было отведено полноправное место при первой встрече аналитика и пациента. У нас есть основательные причины сосредоточить свое внима-

ние на Балинте, поскольку он повлиял на немецкий психоанализ особенно сильно именно в отношении структуры начального интервью. Акцент на терапевтической задаче создает именно ту гибкость, которую мы считаем чрезвычайно важной, если хотим добиться адаптивной, учитывающей конкретного пациента, оценки показаний. Тот факт, что данный стиль интервью был первоначально разработан для особой формы терапии, а именно фокусированной (focal) терапии, не снижает возможностей его применения для психоанализа в целом. Напротив, получение настоящих решений проблем за такое короткое время является мощнейшим показателем того, что в ходе длительного анализа также можно затронуть с пользой более широкие и глубокие конфликты.

Действительно, едва ли что-либо другое оказало столь же сильное влияние на способ ведения аналитического диалога, как техника интервью, разработанная в рамках фокусированной терапии. Идеи Балинта часто одинаково применимы как для врача общего профиля, так и для психоаналитика. Этим подчеркивается интеракционная природа интервью широкого охвата; его использование может быть распространено и на многие другие ситуации. Центральным, однако, является наблюдение за биперсональным процессом, на котором, в силу его важности для понимания жизненной истории пациента, акцентировал свое внимание Балинт. Концепция биперсональной психологии подразумевает, что аналитик устанавливает соотношение между тем, что говорит пациент, и тем, как он себя ведет в аналитической ситуации, а затем использует это соотношение в диагностическом и терапевтическом планах. Соответственно, результат исследования зависит от того, как ведет себя аналитик в данном профессиональном взаимоотношении и что он узнает из него. В конечном счете при постановке диагноза может использоваться только то, что привносит пациент. Но то, что он привносит, должно пониматься как «общая сумма реакций пациента на конкретного доктора, в конкретный момент, в конкретной обстановке» (M.Balint, A.Balint, 1961, p. 167). Это ставит врача или психоаналитика в теоретически интересную, но на практике трудноразрешимую ситуацию. Дифференцирование функции и задач приводит к такому одностороннему варианту взаимодействия. В лечебной технике развивающиеся объектные отношения рассматриваются как преимущественно детерминированные внутренней потребностью пациента в таких отношениях (см.: Beckmann, 1974).

Суть работ Балинта, адресованных терапевтам в целом, подхвачена также психоаналитиками и свидетельствует о необходимости пытаться использовать «потенциал пациента к развитию и поддержанию человеческих взаимоотношений» (M.Balint,

A.Balint, 1961, p.183) в качестве критерия для принятия решений. Признание идей Балинта способствовало широкому распространению внутри психоанализа разнообразных вариаций начального интервью и его применению во многих различных областях (Junker, Waßner, 1984). Новое видение параметров интервью, необходимых в каждом индивидуальном случае, одновременно открыло возможности для инноваций, игравших свою роль в разработке разных типов и форм первой встречи (домашний визит, консультация с семейным врачом; психоаналитическое консультирование и т.д.).

Интервью без предварительной договоренности, которые были введены в Институте Зигмунда Фрейда первоначально по чисто практическим соображениям, создали новые, непредвиденные до этого формы, которые продемонстрировали, насколько сильно содержание интервью определяется условиями, в которых оно происходит (Argelander et al., 1973). Такой тип интервью отвечал ожиданиям пациента, находящегося в состоянии острого страдания. В свою очередь аналитик наблюдает пациента во время кризиса, в течение которого терапевтические возможности сильно ограниченны. Необычной, но, может быть, поэтому важной для аналитика и для врача общего профиля является возможность оказания немедленной кратковременной терапевтической поддержки и создания с ее помощью атмосферы доверия, способствующей последующему анализу. Всякий раз, когда аналитики находят время для срочных консультаций в частной практике или, что более обычно, в институтах, возникают широкие новые перспективы. Пациенты, с которыми проводятся подобные интервью, в большинстве своем не вписываются в жесткие рамки аналитической практики и, таким образом, обогащают опыт аналитика.

Чем дольше пациенты должны ждать начального психоаналитического интервью, тем больший отбор среди пациентов в конечном итоге осуществляет аналитик. Здесь работают два психодинамических фактора. С одной стороны, пациент, предпринимающий шаг, чтобы назначить встречу, уже находится в терапевтической ситуации. В сознательных и бессознательных фантазиях он репетирует еще не существующие паттерны переноса на аналитика, хотя они еще не произошли в реальности. С другой стороны, его бессознательное сопротивление с неизбежностью усиливается фрустрацией ожидания.

Опросники и тесты перед начальным интервью ставят пациента в стрессовую ситуацию и также, что понятно, пробуждают в нем какие-то ожидания. Когда затем приходит время интервью, он чувствует напряжение и часто ожидает большего, чем аналитик может дать. Различные ожидания, возникающие из-за

разнообразия обстановки в институтах и кабинетах частных аналитиков, должны быть темой обсуждения на ранней стадии.

Дополнительные различия в ожиданиях относительно начального интервью определяются диапазоном доступных видов лечения, который неодинаков в разных местах и осведомленность пациента о котором часто бывает неполной. Чтобы избежать разочарования, соответствующая подготовка относительно целей интервью является на вступительном этапе первым важным шагом *(рекомендация 1)*. Интервью представляет собой непривычную для пациентов ситуацию, и большинство ошибочных заключений появляется из-за их поведения, обусловленного неадекватной подготовкой. Кремериус описывает подобный яркий пример в своей критике ситуационной структуры техники интервью, применяемой французской психосоматической школой психоанализа (Cremerius, 1977а).

Предварительные знания о психоанализе у образованных и необразованных пациентов настолько различаются (Cremerius, 1977а), что соответственно должен быть приспособлен и метод ведения диалога. Поразительный пример предварительной установки пациента и ее ошибочной интерпретации аналитиком приводится, вероятно неумышленно, Шрётером в его эссе о специфических реакциях на лечебный процесс и о социальной дистанции по отношению к терапевту: «Тем не менее представляется, что для пациентов из низших слоев общества типична более высокая, по сравнению с другими, степень раздражения по поводу отдельных черт психоаналитического диалога» (Schröter, 1980, р. 60).

У нас же вызывает раздражение то, что социологически подготовленный автор постулирует при этом существование некоей формы психоаналитического диалога, которая не делает никаких скидок на различие условий, в которых происходит повседневное общение у разных пациентов. Мы не можем позволить такой ригидности (как будто доступ к бессознательному открывается только через ориентированный на стандарты верхушки среднего класса способ психоаналитического диалога) оставаться вне критики, особенно когда у нас появились хорошие модели проведения интервью в соответствии с потенциалом пациента (Deutsch, Murphy, 1955).

Представляется полезным рассмотреть рекомендации Балинтов относительно необходимых условий интервью (M.Balint, A.Balint, pp. 187—188), которые мы и хотели бы теперь суммировать. *Рекомендация 1* (см. выше) подчеркивает важность должного и адекватного предваряющего вступления к встрече, особенно учитывающего специфику социального компонента в ожиданиях пациента. *Рекомендация 2* советует создать и поддерживать подходящую атмосферу, в которой пациент мог бы

раскрыться достаточно полно, чтобы дать возможность терапевту понять его. Это является проверкой способностей интервьюера к активной эмпатии и приспособления к каждому новому пациенту. Трудности здесь неизбежны, необходим непрерывный контроль за тем, что привносит аналитик в диалог. Балинты подчеркивали это, указывая, что врач, успокаивающий пациента, находящегося в стрессовом состоянии, получает материал, отличающийся по своей природе от материала, собранного врачом, только пассивно слушающим и позволяющим пациенту самому «барахтаться» в интервью.

Утверждения о пациенте поэтому всегда должны включать информацию о созданных интервьюером ситуационных параметрах, действующих на пациента в качестве «стимулов» — в балинтовском смысле слова *(рекомендация 3)*.

Очень важно, чтобы у аналитика была некоторая идея о будущем направлении взаимоотношений до того, как он начал формировать их в интервью. Конкретный план интервью *(рекомендация 4)* зависит от того, может ли аналитик ожидать, что взаимоотношения в ходе интервью разовьются в терапевтические отношения, или изначально ясно, что отношения прервутся хотя бы на время после этой одной встречи, поскольку пациент будет либо занесен в список ожидающих, либо направлен коллеге.

Длительность интервью является другим параметром, детерминированным одновременно как практически внешними соображениями, так и сложностями взаимодействия. С одной стороны, терапевт обладает эмоциональной и научной любознательностью, с другой — его потребность в безопасности тоже отражается на форме, которую принимает интервью.

Другая практическая проблема, часто упускаемая из виду, — это отсутствие у пациента информации о длительности интервью. Начальное интервью часто следует за серией в большинстве своем разочаровывающих и в основном коротких консультаций с врачами. Откуда пациенту знать, что теперь он может рассчитывать по крайней мере на отрезок времени в 45 минут и на чувство безопасности, которое с этим связано? Другой момент, требующий рассмотрения, — это вопрос о том, надо ли информировать пациента о возможности второй встречи непосредственно в начале интервью или это необходимо решить в конце на основе обсужденного в интервью материала.

Напротив, мы убеждены в жизненно важном значении того, чтобы начинающие аналитики, в частности, сами устанавливали вполне определенные рамки для начального интервью и уклонялись при этом от неограниченного числа сеансов, отвечающих лишь степени их собственной небезопасности *(рекомендация 5)*.

Все эти эмоционально обсуждаемые детали принадлежат области, которую Балинты стремились охватить концепцией *эластичной техники интервью.* Аналитик должен реагировать поразному на разных пациентов и не ограничивать себя стереотипами, такими, как традиционное понимание контрпереноса *(рекомендация 6).* Можно говорить о способности к контрпереносу, когда аналитик осознает контрперенос и может использовать его с хорошим диагностическим эффектом (см.: Dantlgraber, 1982). Решающим является вопрос: в каком отношении ценна такая гибкость? Здесь Балинты также напрямую подходят к проблемам, для которых нет универсальных ответов и которые должны решаться на индивидуальной основе: «Является ли целесообразным и желательным, чтобы консультация не означала ничего большего, чем диагностическое обследование, или она должна содержать определенный вид терапии, например некоторую сильно облегченную форму психоанализа?» (M.Balint, A.Balint, 1961, p. 195). По нашему мнению, во время начального интервью пациент должен понять, какое значение может иметь для него лечение; это психотерапевтично само по себе. Но взгляд на начальное интервью как на модель терапии выдвигает невыполнимое требование. Интервью должно проводиться в форме, представляющей пациенту основания для решения, желает ли он подвергнуться психотерапевтическому лечению и способен ли он приняться за проблемы, неизбежно связанные с реализацией этого замысла. Такой подход не дает пациенту возможности играть пассивную роль. Хотя определенная исследовательская диагностическая работа имеет важнейшее значение и не должна фобически избегаться, цель психоаналитического интервью — обнаружить то, что происходит или происходило внутри пациента, и каким образом он сам повлиял на свою судьбу. Такая цель может достигаться средствами соответствующей техники, как это со всей ясностью и эмпатией описал Розенкёттер:

Когда пациент приходит к психотерапевту с невротической симптоматикой или другими проблемами психического происхождения, то первый контакт между ними принципиально не отличается от контакта во время других медицинских консультаций. Пациент сообщает о своих проблемах, и терапевт пытается выяснить как можно больше об их возникновении и истории жизни пациента в целом, чтобы получить материал, на котором необходимо сделать заключение, касающееся показаний и прогноза. Опыт терапевта и его способность к эмпатии играют важную роль. Терапевт должен предоставить пациенту достаточно времени, чтобы тот смог спонтанно и по своей собственной воле вступить в диалог; любые вопросы, сопровождающие и дополняющие сообщения пациента, необходимо задавать в предусмотренной манере, и терапевт должен занимать благожелательную, нейтрально сдержанную позицию. Ему следует избегать специальных вопросов, определенных утверждений и инструкций, побуждающих пациента

к принятию установки пассивного и магического ожидания по отношению к врачу (Rosenkötter, 1973, р. 989).

Рассуждения Балинтов о начальном интервью, представляющие интерес как для аналитика, так и для психотерапии в медицинской практике, были подхвачены Аргеландером (Argelander, 1966, 1967, 1970; Argelander et al., 1973), посвятившим серию своих публикаций взаимодействию между пациентом и обследователем:

Для опытного психотерапевта утверждение Балинта означает, что каждое интервью понимается также и как аналитическая ситуация, высвечивающая специфические моменты переноса на данного интервьюера и на данное окружение в данное время. Самые разнообразные сообщения, исходящие от пациента — вербальная информация, его поведение, вызванные им у интервьюера мысли и тому подобное, — группируются или, точнее, кристаллизуются вокруг межличностных отношений, являющихся, по словам Балинта, сердцевиной обследования. Из этого центра действия они и получают директиву, ведущую к проблемам пациента, которые особым образом открываются взору данного исследователя (Argelander, 1966, р. 40).

В последующих публикациях Аргеландер видоизменяет и развивает эти темы. Доводя тезисы Балинтов до их логического завершения, он описывает интервью как «аналитическую ситуацию, в которой мы используем наш психоаналитический инструментарий также и в диагностических целях» (Argelander, 1966, р. 42). Даже если признать справедливость того, что аналитик приспосабливает свой психоаналитический инструментарий к особой внешней структуре этой изначально ограниченной аналитической ситуации (а ситуация эта должна гармонировать с текущей реальностью и с относящимся к Эго процессом), требования данной техники интервью часто превышают возможности аналитика и пациента. Аргеландер (Argelander, 1966, 1967) выделяет две сферы опыта, которые пытается увязать вместе в интервью: регистрацию объективных фактов и развитие субъективного переживания.

Соединение этих двух форм опыта (причем объективное подчиняется субъективному) представляет собой специфический психоаналитический подход. В этой концепции можно выделить три важных рабочих момента: наблюдение за поведением, поиск с помощью вопросов «объективной» информации и специфическое восприятие, приобретающее форму эмпатического понимания бессознательных объектных отношений. Третья функция представляет собой именно такое понимание рабочего процесса, которое возникает при длительном анализе:

Из психоаналитического опыта мы знаем, что в объектных отношениях внутренние психические процессы проецируются вовне и могут быть восприняты и пережиты субъективно. По этой причине мы даем пациенту

шанс установить в начальном интервью объектное отношение, форма, содержание и динамика которого определяются его собственной индивидуальностью. Полностью сохраняется спонтанность пациента. Наша внешность, возраст, пол, характер, темперамент и т.д. служат конкретными ситуационными факторами, стимулирующими обследуемого к переносу на обследователя предшествующих внутренних чувств, ожиданий, конфликтов, идей и фантазий (Argelander, 1967, p. 431).

Данная «теория переноса» в начальном интервью обязана своей бесспорной привлекательностью тому обстоятельству, что болезненные, медленно развивающиеся в психоаналитической работе процессы, взаимное понимание и коммуникации выявляются уже при первой попытке, во время самой первой встречи.

Уточняя эту позицию, Аргеландер выделяет три источника информации, которые он называет объективным, субъективным и сценическим. Такое несколько произвольное, по его словам, разделение весьма полезно на практике. «Сценическая информация наполнена переживаниями ситуации со всеми ее эмоциональными стимулами и идеациональными процессами» (Argelander, 1970, p. 14). Достижение специфического понимания средствами сценического познания отрабатывалось и структурировалось в работе группы Балинта и при обсуждении отдельных случаев (Argelander et al., 1973). Накопленный Аргеландером и его коллегами опыт свидетельствует о том, что в интервью относительно быстро набирается материал, «чтобы поставить аналитическое восприятие и мышление на операциональную основу» (Argelander et al., 1973, p. 1004). Опыт группы Балинта подтвердился в этом контексте, который (хотя и был иным) обладал схожей структурой в силу такой же краткости интервью. Несмотря на весьма позитивную реакцию среди немецкоязычных аналитиков на модель начального интервью Аргеландера, не получили должного внимания его собственные замечания и самокритичные комментарии: «Упражнения в сценическом понимании должны служить еще более сильному акцентированию предсознательных процессов восприятия и мышления и мобилизации этим путем естественного творческого потенциала аналитика» (Argelander et al., 1973, p. 1009). Способность к восприятию предсознательных процессов можно развить благодаря обучению.

Без такого обучения нельзя ожидать ничего, кроме экстравагантных фантазий и диких спекуляций... Повторять это можно сколь угодно, так как наша специальность особенно повинна в его игнорировании. Неудачи при этом поспешно возлагаются на безнадежно преувеличенный субъективный фактор, и в конечном итоге дискредитируется весь метод (Argelander et al., 1973, p. 1010).

Нашу оценку данного стиля интервью можно соотнести с ограничениями, сделанными самим Аргеландером. Одно дело, если

он применяется к группе, руководимой особо одаренным психоаналитиком, в которой разрабатывается высокодифференцированный стиль интервью, и совсем другое дело — насколько хорошо эта процедура может быть преподана и усвоена. Кроме того, мы сомневаемся, что данный метод, когда его используют в наиболее очищенном виде, дает ожидаемые от него результаты, а именно селекцию специфических терапевтических процедур, «ориентированных на присущую пациенту ситуацию внутреннего конфликта (то есть короткая терапия) или на текущую диспозицию его переноса, а также на потребности, конфликты и способы выражения этого переноса (то есть групповая терапия)» (Argelander, 1966, p. 41). Показания для конкретных процедур лечения не могут полностью базироваться на диагностике констелляций бессознательных конфликтов, как это покажет дальше обсуждение проблем, связанных с этими показаниями.

За последние годы становится все более ясным, что, хотя начальное интервью вполне адекватно для субъективной оценки (Dantlgraber, 1982), более дифференцированные показания требуют учета дополнительных факторов. Оценка пригодности пациента для анализа на основе субъективного впечатления недостаточна.

## 6.4 Процесс решения

До сих пор мы были сосредоточены на критическом разборе старых и современных представлений о начальном интервью, которое является и диагностическим и терапевтическим событием одновременно. В предшествующем разделе мы столкнулись с вопросом о тех заключениях относительно показаний, которые можно сделать, исходя из любой техники. Как мы сейчас продемонстрируем, упомянутые нами опасения подтверждаются почти полным отсутствием убедительных доказательств в обширной клинической литературе.

Критерии показаний, предложенные Фрейдом, были, по сути, критериями исключения — исключали тех, у кого не было соответствующего уровня образования и вызывающего доверие характера, а также тех, кто сам не чувствует необходимости подвергнуться лечению в силу своих проблем и сделает это лишь под нажимом со стороны семьи. «Для полной безопасности необходимо ограничить свой выбор пациентами, обладающими нормальными умственными способностями, поскольку в психоаналитическом методе они используются как точка опоры для приобретения контроля над патологическими проявлениями» (1905a, p. 264). Другими ограничительными критериями, применявшимися Фрейдом, были возраст и необходимость незамедли-

тельного исключения угрожающих симптомов, таких, например, как при нервной анорексии.

Мы придаем куда большее значение указанному тоже Фрейдом, но гораздо менее известному позитивному критерию показания для психоанализа: «Психоаналитическая терапия была создана в процессе и *для* лечения пациентов, хронически неприспособленных к жизни» (1905а, р. 263; курсив наш). Помимо оговоренного и описанного выше наличия «нормальных умственных способностей», Фрейд не признает серьезности заболевания как ограничительного условия. Эта точка зрения радикально отличается от вывода, полученного в ходе обсуждений на многочисленных «круглых столах», посвященных проблеме анализируемости (например: Waldhorn, 1960). Описание пригодного для анализа пациента можно резюмировать следующим образом: «Достаточно больной, чтобы в этом нуждаться, и достаточно здоровый, чтобы это вынести», отсюда видно, насколько далеко неоклассический стиль техники лечения отошел от первоначальной концепции Фрейда.

Сегодня мы все еще должны исходить из допущения, что показания к психоанализу могут лишь редко, если вообще могут, выводиться из природы заболевания. Хотя уже давно установлено различие между трансферентными неврозами, которые считаются излечимыми, и нарциссическими неврозами, однако никуда не деться от того факта, что диагноз «невроз переноса» в действительности говорит относительно мало о возможностях лечения. Прежде чем мы продолжим запутанную историю о развитии критериев показания к аналитическому лечению, о возникновении в течение десятилетий разнообразных терминов, вроде пригодности, доступности и анализируемости, мы бы хотели отметить, что, делая это, описываем линию мысли, которая родилась не из практики самого Фрейда.

Мы полагаем, что обсуждать этот комплекс проблем с позиций, очерченных Тайсоном и Сандлером (Tyson, Sandler, 1971), то есть в свете проблем, связанных с отбором пациентов для анализа, означало бы делать ошибку в выборе исходной позиции, в основе которой правильная общая идея, но все превращается в танец вокруг золотого тельца — техники базовой модели (см. гл. 1).

Суть многочисленных дискуссий, касающихся отбора пациентов для психоаналитического лечения, сводилась к тем высоким требованиям в отношении личного обязательства, денег и времени, которые интенсивный анализ накладывает как на пациента, так и на аналитика. Недаром психоанализ сравнивали с экспедицией, участников которой нужно подбирать очень осмотрительно. Тогда создается впечатление, что метод не является удачным для всех «пациентов, хронически неприспособлен-

ных к жизни», для которых, как с самого начала заявил Фрейд, психоанализ и был создан, и поэтому в интересах как врача, так и пациента заранее определить его пригодность в каждом отдельном случае. Это необходимо иметь в виду во время чтения последующего материала, посвященного проблематичности показаний в пользу применения психоанализа в его стандартной технике с высокой частотой сеансов.

Фрейд с энтузиазмом рассматривал в качестве потенциальных кандидатов для применения своего нового метода пациентов со всеми вариантами тяжелых и осложненных неврозов, которые не могли быть вылечены при помощи наиболее доступных тогда средств (Freud, 1905, p. 262). Однако Джонс (Jones, 1920) вынес на рассмотрение свои представления о связи диагноза и прогноза. Его каталог показаний включал в себя следующие диагнозы: 1) истерия, 2) истерия тревожности, 3) невроз навязчивости, 4) ипохондрия, 5) фиксационная истерия. Группы 4 и 5 рассматривались как наихудшие в отношении прогноза.

Фенихель подхватил идею о связи прогноза и тяжести невроза:

> Следовательно, в целом трудность анализа соответствует глубине патогенной регрессии. Таким образом, используя аналитическое знание о глубине решающих пунктов фиксации при соответствующих неврозах, можно классифицировать неврозы в целом на основании их доступности для анализа... (Fenichel, 1945, p. 574)

Суть метода, уже установившегося к этому времени, воплощается в словах «доступность для анализа». Фенихель подчеркивал, однако, что,

> для того чтобы сделать прогноз, необходимо принять в расчет много других обстоятельств: общую динамику взаимоотношений между сопротивлениями и желанием выздороветь, вторичные выгоды, общую гибкость личности (p. 575).

Гловер (Glover, 1955), принимая идею отзывчивости на анализ, ставит диагноз в соответствии с одной из трех категорий: «доступный», «умеренно доступный» и «трудноподдающийся».

Тайсон и Сандлер (Tyson, Sandler, 1971) утверждают, что симпозиум «Расширяющиеся горизонты психоанализа» переместил внимание с диагностических критериев на критерии пригодности.

Как отметила А.Фрейд (A.Freud, 1954b), нет никакой гарантии, что два человека с одинаковыми симптомами будут идентично реагировать на одно и то же техническое вмешательство. Это обстоятельство выбивает из-под ног почву у любого нозологически ориентированного обсуждения показаний для психоаналитического лечения. Однако потребовалось длительное вре-

мя, прежде чем осознание невозможности предсказать для данного пациента результат лечения привело к выводу о том, что аналитик должен искать факторы, которые обладают позитивным влиянием на развитие психоаналитического процесса. Проблема продолжала сводиться к известной формуле «усмотреть структуру невроза». Идея Фрейда (1913c) о пробном анализе была доработана Фенихелем (1945), однако в действительности она никогда не была общепринятой. Вместо этого в начальное интервью в изобилии включаются элементы пробного анализа с намерением испытать способность пациента справляться с интерпретациями (Alexander, French, 1946, p. 98). Хотя результаты иногда впечатляют, тем не менее есть опасения, что подобная ситуация может создать чрезмерное напряжение и потенциально помешать принятию верного решения относительно показаний.

Митчерлих сформулировал минимальное требование, которое должно было сделать психоаналитическое лечение более доступным для многих пациентов: «Способность (пациента) аффективно реагировать на предложенное истолкование представляет для нас наиболее точный прогностический индикатор того, что... симптом не является тем лучшим результатом, которого пациент может достигнуть» (Mitscherlich, 1967, p. 149). Здесь подразумевается также и способность терапевта «предлагать истолкование». Проблема начального интервью и связанные с ней проблемы показаний усложняют технический вопрос о том, каким образом можно убедить пациента следовать «направлению задаваемых нами вопросов» (Mitscherlich, 1967, p. 141). Однако, поскольку мы не хотим оборвать свое описание этих проблем на традиционном противопоставлении стандартной техники и аналитически ориентированных форм психотерапии, недостаточно и простого утверждения, что сотрудничество пациента в начальном интервью завоевывается средствами предполагаемого истолкования. Для каких целей оно завоевывается? В таком свете мы теперь можем ближе подойти к выдвинутым Тайсоном и Сандлером (Tyson, Sandler, 1971) критериям пригодности, которые, с нашей точки зрения, предполагают существование процессов достижения согласия в отношении целей.

Мы предлагаем в беседе прежде всего исходить из обширного круга лечебных задач. Психоанализ только в том случае может соответствовать своей честолюбивой претензии на то, чтобы считаться тропой к лучшему самопознанию, если приобретенное самопознание приводит к снижению тревоги, а также к изменению точки зрения и модификации поведения по линии большей свободы в выборе целей. Утверждение Фрейда (1909b, p. 121) о том, что «терапевтический успех, однако, не является нашей первостепенной задачей, скорее мы стараемся

помочь пациенту приобрести сознательное понимание его бессознательных желаний», содержит в себе постулат изменений, который лишь искусственным образом может быть разведен с медицинскими критериями успеха в их узком определении. Психоаналитическая теория постулирует, что устранение вытеснения и сознательное признание до этого неосознаваемых желаний с необходимостью вызывают изменения в психических процессах. Таким образом, обсуждение показаний в пользу различных форм психоаналитического лечения фактически сводится к обсуждению различных целей. Решение рекомендовать пациенту работать в режиме нескольких сеансов в неделю подразумевает предположение, что он может достичь таких глубоких изменений в своих психических процессах, которые окажут разнообразное влияние на самые разные сферы его жизни. При постановке цели вполне оправданным является критическое обсуждение предварительных условий для процесса такого изменения. Мотивация пациента, его личностная направленность, его любознательность в отношении психологии и его способность к использованию объектных отношений стоят в ряду факторов, играющих определяющую роль в текущем обсуждении показаний для классического психоанализа.

Куипер (Kuiper, 1968) открыто признает обоснованность ограничительного подхода в установлении показаний и довольно верно указывает на то, что энтузиазм молодых аналитиков относительно стандартной техники ведет их к ее некритическому использованию. Например, крайне неблагоприятные последствия могут быть в случае, если аналитик считает молчание и избегание ответов на вопросы незаменимыми компонентами стандартной техники и применяет их к пациентам, для которых данная техника непригодна. Заметьте, что мы называем непригодной технику, а не пациента. Таким образом, мы согласны с Куипером в том, что возможности применения стандартной техники весьма ограниченны, однако мы настаиваем на необходимости ее модификации и адаптации для каждого отдельного пациента. Куипер точно указал на мотив, стоящий за тенденцией к чрезмерному злоупотреблению приемами стандартной техники: аналитики вложили много энергии, времени и денег, чтобы научиться этому, и теперь они хотят использовать это со всей интенсивностью на максимально возможном числе пациентов. Неизбежные при этом разочарования через реактивное образование ведут к отказу от других, «неаналитических» средств (Kuiper, 1968, p. 261). В то же время идеализация стандартной техники затушевывает собственные сомнения аналитика в ней; вместо того чтобы думать о модификации своей техники, он обвиняет пациента в том, что тот оказался неподходящим для анализа.

Слишком часто оказывается, что описать характеристики, необходимые или адекватные для принятия отзывчивого или способного к анализу пациента на классическое психоаналитическое лечение, — это то же самое, что сформулировать цели лечебного процесса:

> Пациент должен обладать достаточным интеллектуальным уровнем, способностью переносить болезненные аффекты, а также быть способным к сублимации. Его объектные отношения являются относительно зрелыми, а способность к осознанию реальности — более или менее устойчивой. Его жизнь не сосредоточена вокруг анализа так, чтобы он стал чрезмерно зависимым от него; моральные черты его характера и достижения в образовании гарантируют ему хорошее жизненное положение с адекватным вознаграждением. Похоже, что мы можем оказаться в парадоксальном положении, обнаружив, что пациент, который является идеально подходящим для анализа, не нуждается в нем (Tyson, Sandler, 1971, p. 225).

Вместо того чтобы прийти к выводу, что необходимо примириться с незначительными отклонениями от этого идеала, мы предпочитаем рассмотреть эти характеристики в их взаимодействии. Формулировка «достаточно здоровы, чтобы вынести это», в конце концов имеет в виду психоаналитическую ситуацию, которую пациент и аналитик должны создать и поддерживать. Куипер убежден, что вопрос «кто кого, каким образом и с какой целью анализирует?» не может восприниматься достаточно серьезно. Если определить то, что может сделать аналитик, чтобы в каждом индивидуальном случае создать аналитический процесс, это должно положить конец непрекращающимся дебатам по проблеме анализируемости. Рассматривая трудности в отношении анализируемости, Бахрах (Bachrach, 1983, pp. 199—200) сводит проблему к выделению трех групп пациентов:

1. «Рефлексирующие люди с надежным в своей основе Эго, которые способны приспособиться к ожидаемому спектру различий среди аналитиков и с наибольшей продуктивностью использовать их аналитические возможности».
2. Пациенты со слабым Эго, которые обнаруживают инфантильный характер и «неспособны к участию в аналитической работе».
3. Пациенты, отнесенные Бахрахом к «пограничным» случаям (не в диагностическом смысле), «для которых судьба аналитической работы чаще всего находится в наибольшей зависимости от человеческих качеств и особых талантов аналитика».

Понятно, что пытается выразить Бахрах словами «надежное в своей основе Эго», но мы считаем более предпочтительным и стратегически более верным исследовать форму взаимодействия в каждой терапевтической ситуации. Базовая надежность, о которой говорит Бахрах, является фикцией в той же степени, как

«усредненное ожидаемое окружение» у Хартманна, которое завело в тупик эгопсихологию (Fürstenau, 1964). Важность способности аналитика изменять свой подход в зависимости от индивидуальных потребностей и конфликтов каждого отдельного пациента выросла в той же мере, в какой основные симптомы сместились от четко ограниченных нарушений к диффузным личностным проблемам (Thomä, Kähele, 1976). Существование двух взаимно дополняющих техник, которые были по чисто дидактическим причинам охарактеризованы Кремериусом (Kremerius, 1979) как противоположные полюса, является выражением того факта, что «границы анализируемости — это не границы пациента и его патологии, как утверждал Фрейд (1937с), а границы аналитика» (Cremerius, 1979, p. 587). Мы полагаем, что понятие «анализируемость» до конца утратило свою специфичность и может быть с пользой заменено понятием «излечимость». Если понятие «анализируемость» обращено к тому, что аналитик может сделать и выдержать, то показания к анализу могут стать предметом исследования и обсуждения только в контексте биперсональной основы терапевтического процесса.

Концепция показаний в начальном интервью, таким образом, из *прогностической* (статической) трансформируется в *адаптационную* (динамическую), напрямую соотносящую пациента и аналитика друг с другом (Baumann, von Wedel, 1981). Пример успешности такого подхода дает С.Х.Шапиро (S.H.Shapiro, 1984), который предлагает истинно психоаналитический подход в установлении наиболее подходящего лечебного метода. Вместо пробного анализа, который мы также считаем по ряду причин неуместным, Шапиро вводил фазу исследования, в ходе которой рассказывал пациенту о методе свободных ассоциаций. Мы согласны с его оценкой потенциальных возможностей *диагностической фазы терапии*, которая в отличие от пробного анализа в общепринятом смысле, завершающегося решением относительно пригодности, имеет целью выяснить, каких изменений и при каких терапевтических условиях можно достичь. Обширный спектр форм психоаналитической терапии оставляет достаточно места для множества идей, которые нет необходимости ограничивать сферой психоанализа в более строгом смысле.

Если мы используем рекомендации Балинта для врачей-терапевтов применительно к психоаналитическому начальному интервью и разработаем концепцию более длительных, выходящих за рамки единственной встречи, взаимоотношений с пациентом, тогда широкие возможности ориентированного на пациента подхода в установлении показаний открывают различные пути к изменению, по которым пациент может пойти сразу или позже (Hohage et al., 1981).

Многоаспектный анализ проблемы показания должен включать как осознание субъективных элементов в решении (Leuzinger, 1981, 1984; Dantlgraber, 1982), так и рассмотрение институциональных факторов, влияющих на психоаналитическую деятельность. Их взаимодействие часто трудно распознать, поскольку они легко маскируются со стороны используемыми аналитиком для оправдания своего подхода стратегиями.

Влияние теоретических взглядов на решение о показаниях огромно, однако еще бóльшую роль играют практические условия, которые сегодня, так же как и во времена Фрейда, влияют на определение показаний. Изменение таких условий, например включение психодинамически ориентированной и аналитической терапии в реестр услуг, покрываемых за счет медицинской страховки, увеличивает круг пациентов, могущих подвергнуться лечению. Тем не менее специфические классовые факторы, как показывают все эмпирические исследования по данной теме, продолжают играть важную роль в решении относительно терапевтических показаний. За критериями пригодности скрывается пристрастность в отборе, которая, таким образом, накладывает многочисленные ятрогенные ограничения амплитуды возможностей психоанализа.

Социальные изменения и покрытие расходов на лечение за счет системы медицинского страхования вплотную подводят нас к задаче привлечения на основе гибкого структурирования начального интервью широкого (в социальном и нозологическом отношении) круга пациентов. Довольно легко начать анализ с высокомотивированным индивидом, даже если лечение оказывается тяжелым; искусство начального интервью заключается в пробуждении еще слабого интереса пациента к терапии, в которой он остро нуждается. Развитие многообразных форм психоаналитической терапии, специально приспособленных к индивидуальности пациента, означает, что метафора Фрейда о золоте и меди требует корректировки. Сегодня терапия может планироваться и структурироваться так, чтобы отвечать нуждам отдельного пациента. Это и подводит нас к центральной проблеме начального интервью. Мы находимся в ситуации, в которой должны принять решения относительно пациента, не определяемые больше старой привычной дихотомией: психоанализ против аналитической психотерапии. Мы должны обдумать, каким образом могут быть созданы наиболее благоприятные для развития пациента условия и какой аналитик лучше всего подходит для этой задачи. В конце первой встречи, если не раньше, аналитик должен столкнуться с вопросами: «Что сейчас происходит?», «Какие внешние условия должны соблюдаться, если начнется лечение?», «Каким образом терапию мож-

но гармонизировать с личной и профессиональной жизнью пациента?».

Соответствующий сегодняшнему уровню наших знаний адаптивный подход к показаниям применения психоанализа не снижает огромной ответственности, связанной с принятием пациента на терапию, независимо от ее частоты и длительности. Однако он позволяет избежать определенных натяжек, возникающих в связи с необходимостью выполнения обязательств в отношении времени, денег и оценки анализируемости. Мы полагаем также, что во время обсуждения соглашений об анализе с самого начала необходимо руководствоваться соображениями о приоритетности и достижимости целей, а не о количестве лет и сеансов. Это снижает депрессирующий эффект информированности о длительности анализа, и пациент может надеяться на улучшение своего состояния или излечение за более короткие сроки, чем, например, за год, два или более лет. Поскольку ухудшение, улучшение и лечение, то есть аналитический процесс во всей своей полноте, зависят от профессиональной компетентности аналитика, то и длительность лечения также является диадически детерминируемой величиной, зависящей от многих факторов.

Аналитик должен также принимать в расчет то, что пациент может в любой момент прервать или завершить лечение. Это заставляет сосредоточить внимание на суггестивных оттенках высказываний о частоте и длительности сеансов. С другой стороны, оба участника знают, что в реальности идеальная свобода выбора ограничена внешними условиями, самообманами на основе бессознательной мотивации, а также присущими аналитическому процессу отношениями и трансферентными конфликтами. Таким образом, существует много факторов, определяющих, какой должна быть длительность лечения в идеале и какой она будет в действительности.

При переходе от начального интервью к терапии важно оставить как можно больше места для гибкости и создать атмосферу свободы, укрепляющей надежду (Luborsky, 1984). В то же время необходимо очертить рамки, которые обеспечивают хорошие рабочие условия. У этой проблемы нет простого решения. Однако, как свидетельствует наш на первый взгляд банальный опыт, пациент продолжает приходить на сеансы до тех пор, пока существует позитивный баланс между вложением и отдачей. Таким образом, личная оценка пациентом эффективности вложения и отдачи и принимаемые им соответствующие решения имеют большое значение. Идеальные возможности развития начинают хотя бы вырисовываться, однако на практике они трудноосуществимы. Вопрос никогда не сводится к субъективному взвешиванию «за» и «против». Даже мультимиллионер,

уединившийся, подобно Робинзону Крузо, на необитаемом острове со своим аналитиком доктором Пятницей, чтобы подвергнуться бесконечному анализу, должен будет считаться с мнением своего аналитика, который иначе, чем он, оценивает соотношение вложения и отдачи. Нет необходимости фантазировать на эту тему, поскольку нигде в мире пациент не обладает единоличным контролем над вложением и отдачей, а также над частотой и длительностью лечения. Право на оценку имеет также аналитик, и, кроме того, свое мнение прямо или косвенно выражают незримо присутствующие представители третьих сторон, что особенно ощутимо в ситуации, когда третья сторона оплачивает лечение.

Возможны большие различия в оценке того, что мы для краткости обозначили как вложения и отдачу. Существует слишком много разнообразных комбинаций, которые сложно рассматривать отдельно. Наш выбор экономической терминологии является вполне умышленным, хотя мы осознаем, что это может оттолкнуть читателя. Мы не можем позволить восторгу от освобождающегося во многих случаях действия психоанализа отвлечь нас от проблем участия семьи пациента в его лечении, а также использования денег и времени. Клаубер (Klauber, 1972b, p. 99) делает особый упор на затратах времени и денег, а также на участии скрыто присутствующих третьих сторон, например семьи пациента.

В Германии в подавляющем большинстве случаев психоанализ полностью оплачивается государственными компаниями медицинского страхования. Даже многие так называемые частные пациенты (те, кто не пользуется услугами государственных страховых структур) получают поддержку третьей стороны в лице частных страховых компаний или государства. Лишь будущие аналитики, проходящие обучающий анализ, действительно платят за него из собственного кармана. Поскольку свыше 90 процентов населения имеет гарантированное обеспечение со стороны государственных страховых компаний, большинство пациентов, подвергающихся психоаналитической терапии, в результате не испытывают из-за этого финансовых затруднений. Пациенты приходят на первичное интервью с сертификатом на лечение, гарантирующим, что расходы будут покрыты страховой компанией. Мы вернемся позже к этой теме в разделе 6.6. Сначала необходимо обсудить родственников пациента, которые всегда скрытно присутствуют в начальном интервью, а нередко присутствуют и реально. Установка аналитика на семью пациента окрашивает способ ведения диалога и служит еще одним фактором, который может оказывать часто почти полностью незамечаемое влияние на направление анализа.

## 6.5 Семья пациента

Фрейд (1940a, p. 145) охарактеризовал первые попытки в психоанализе как исследование «индивидуального развития человека». Следуя традициям Просвещения, он пытался изучать связи между разнообразными действиями пациента, его внутренним страданием и стремлением к достижению излечения через самоосознание. Фрейд добивался расширения сознания индивида, помогая ему достичь понимания собственной бессознательной психической жизни, усматривая в этом существенный вклад в просвещение со стороны психоанализа.

Запрос на психоаналитическое лечение должен исходить от самого пациента. Любое соглашение между терапевтом и пациентом имеет этический и юридический подтекст. Предусмотрительность и профессиональная конфиденциальность способствуют установлению базового доверия между двумя сторонами. При рассмотрении вопроса о том, в каких случаях и следует ли вообще консультироваться с членами семьи, мы должны помнить о благополучии пациента. Только при крайней необходимости мы можем контактировать с ними без разрешения пациента, например если пациент не может сообщить анамнестическую информацию, которая позволила бы врачу поставить диагноз и выбрать соответствующую форму лечения. Примером такого экстренного случая являются психотические или суицидальные пациенты, то есть те, кто неспособен контролировать себя. В иных обстоятельствах аналитик должен следовать правилу не предоставлять семье информацию о пациенте.

Психоаналитический метод в целом считает вовлечение семьи пациента излишним. Психоаналитик полагается на то, что он наблюдает во время сеанса с пациентом. Предполагается, что подвергающийся анализу пациент обнаруживает в отношениях с аналитиком те же самые конфликты, которые присущи его отношениям с супругом, ближайшими друзьями и родственниками. Аналитик не нуждается в прямом контакте с семьей пациента, поскольку по мере развития трансферентного невроза, если не раньше, он может испытать на себе, каким образом ведет себя пациент со своими близкими и как он бессознательно провоцирует позитивные и негативные действия и отношения в свой адрес.

Понимая взаимодействия переноса и контрпереноса, аналитик может, с одной стороны, проникнуть в способ видения вещей пациентом, а с другой — понять поведение родственников, реакции которых могут нести в себе схожие с его собственным контрпереносом черты. К этим двум измерениям может быть добавлено по крайней мере еще одно, а именно профессиональное знание аналитиком человеческих взаимодействий.

Психоаналитический метод поднимает специфические вопросы о способе взаимодействия аналитика с родственниками пациента. Этот метод основан на диадическом взаимоотношении. Технически эта модель напоминает стерильность при хирургической операции, где реальное присутствие третьего лица осложняет ситуацию. Участие в биперсональных отношениях влечет за собой дифференциацию внутренних и внешних взаимоотношений. Психоаналитический метод представляет собой диаду, однако более верно было бы представлять его как «триаду минус один», поскольку в некотором смысле третья сторона всегда присутствует, даже если реально ни один из членов семьи не принимает участия в лечении. Такое сочетание реального отсутствия и скрытого присутствия третьей стороны имеет для всех заинтересованных лиц глубокие последствия.

Проведенный Гловером опрос 29 британских психоаналитиков (Glover, 1955) содержал вопросы о том, каким образом они решают проблему взаимоотношений с родственниками пациента. Он спрашивал, например, контактируют ли они с родственниками и если да, то с ведома или без ведома пациента: «Все говорят с членами семьи, большинство — неохотно и по просьбе пациента. За редкими исключениями (выраженные психозы, дети), интервью устраивалось с ведома пациента» (Glover, 1955, p. 322).

В более поздней литературе мало внимания уделяется техническому решению данной проблемы, несмотря на ее большое клиническое значение. В действительности это играет огромную роль в любой терапии и затрагивает даже обучающие анализы, где в большинстве случаев семьи анализируемых не имеют прямых контактов с обучающим аналитиком или институтом, хотя и внутренне и внешне они являются глубоко вовлеченными. Нередки случаи, когда сами партнеры тоже подвергаются терапии или образовывают собственные дискуссионные группы.

Фрейд писал, что он оказался «в крайнем затруднении» перед лицом проблемы, как обращаться с родственниками пациента. Его совет звучит следующим образом:

> Я должен сделать серьезное предостережение против какой-либо попытки завоевать доверие или поддержку родителей или родственников, предлагая им для прочтения ознакомительную или специальную психоаналитическую литературу. Этот исполненный благих намерений шаг способствует преждевременному установлению естественной оппозиции лечению со стороны родственников (той оппозиции, которая обязательно возникнет рано или поздно), так что лечение может так и не начаться.
>
> Позвольте мне выразить надежду, что растущий опыт психоаналитиков скоро приведет к соглашению относительно вопросов техники и наиболее эффективного метода лечения неврастенических пациентов. Что же касается лечения их родственников, то я должен признать здесь свое крайнее затруднение и что в целом я мало доверяю какому-либо их индивидуальному лечению (Freud, 1912e, p. 120).

Как мы знаем, позже Фрейд ожидал от своих анализируемых знакомства с его работами, однако он не желал давать доступ к этой же информации их родственникам. Он смирился с «естественной оппозицией родственников к лечению». Его оптимизм не очень вырос к 1917 году:

Психоаналитическое лечение можно сравнить с хирургической операцией, и оно также требует обстановки, благоприятствующей успеху. Вам известны применяемые хирургом меры предосторожности: подходящее помещение, хорошее освещение, исключение присутствия родственников пациента и тому подобное. Теперь спросите себя сами, сколько таких операций оказались бы успешными, если бы они проходили в присутствии всех членов семьи пациента, сующих свой нос в оперируемую зону и выражающих недоумение вслух по поводу каждого надреза. В психоаналитическом лечении вмешательство родственников, несомненно, представляет собой опасность, и такую опасность, на которую неизвестно как реагировать (Freud, 1916/17, p. 459).

Эти замечания отчасти должны восприниматься на фоне техники, применявшейся в то время Фрейдом, которая была сосредоточена на изучении бессознательного и инфантильной сексуальности. Сравнение психоаналитической ситуации с чистой асептической оперируемой зоной логически вело к рассмотрению родственников в качестве источника опасности. Идеал чистой зоны получил эксплицитное выражение в описании параметров, предложенном Эйсслером (Eissler, 1953). Для него вторжение члена семьи в диадическую ситуацию представляет отклонение от модели базовой техники. Эта техника рассматривает родственников в качестве запутывающего и мешающего фактора в идеальном, по-видимому, пространстве между врачом и пациентом.

В состоявшемся ранее обсуждении проблемы родственников пациента (H.Thomä, B.Thomä, 1968) мы высказали точку зрения, что существуют две причины «нежелания» аналитиков вовлекать их; одна причина общего, а другая — специального характера. Мы усматриваем *общую* причину в желании защитить «рабочий альянс» (Greenson, 1967) с пациентом. «Рабочая команда», состоящая из врача и пациента (Heimann, 1966, pp. 333—343), может функционировать только при условии ограниченного вмешательства со стороны родственников. Чтобы гарантировать пациенту свободу поведения и завоевать его доверие, аналитик отодвигает семью далеко на периферию. Рихтер высказывает следующие аргументы в пользу строгой приверженности биперсональным отношениям:

Психотерапевты знают, что индивидуальное лечение человека является в общем менее трудным, нежели работа с роящимися проблемами целой семейной группы. Легче постигнуть трудности отдельного пациента, нежели клубок взаимодействующих конфликтов, затрагивающих нескольких членов семьи. Кроме того, легче работать над переносом одного паци-

ента, чем над сложным сплетением эмоций целой группы людей, находящихся во власти невротических тисков (Richter, p.122).

Пациенты чувствуют «нежелание» аналитика менять это положение, что в свою очередь влечет за собой специфические проявления переноса/контрпереноса. При этом родственники ощущают все большую исключенность и их недоверие нарастает. Они склонны к реакциям идеализации или, наоборот, полного отвержения аналитика. Это в свою очередь находится в зависимости от того, что сообщает пациент об анализе, а что он оставляет невысказанным. Поскольку развитие трансферентного невроза в значительной мере связано с аналитической техникой, то весьма вероятно, что пациент будет со всей интенсивностью отыгрываться вне аналитических отношений и что люди, испытавшие на себе его поступки, будут предпринимать контрмеры. Последовательная профессиональная установка дистанцирует аналитика от родственников пациента и может быть воспринята как нежелание иметь с ними дело.

### 6.5.1 Время для семьи

Ханс Томэ (Hans Thomae, 1968, p. 89) подчеркнул, что для Фрейда и его последователей присущий индивиду способ действовать и чувствовать обусловлен прежде всего сочетанием потребности и специфической констелляции средовых факторов, сложившимся в более или менее ограниченной критической возрастной фазе. Связь между *личной судьбой* пациента и ее влиянием на окружение отражается в напряжении между пациентом и его семьей. Психоаналитическое лечение воздействует также и на родственников пациента. Однако эти последствия психоаналитического процесса нельзя не принимать всерьез.

Лечение пациента вызывает большой интерес в семье. Ничего не может быть естественнее, чем желание увидеть аналитика и познакомиться с ним или по крайней мере кое-что разузнать о нем. На ранней стадии анализа некоторые пациенты без предварительного уведомления и с заметными колебаниями приводят с собой близкого родственника (обычно супруга), чтобы осуществить хотя бы поверхностное знакомство. Возможно, гораздо больше родственников, чем мы предполагаем, видели терапевта или слышали что-нибудь о нем.

Интерес родственников к аналитику и лечению возрастет после того, как они поймут, что изменения претерпевает не только жизнь пациента, но и их собственная. Некоторые родственники пытаются избежать перемен, заявляя, что проблемы полностью принадлежат пациенту, которого «они передали в руки терапевта». Однако большинство из них замечает, что процессы развития индивида также оказывают воздействие и на

окружающих его людей, изменяя взаимоотношения между ними. Грунбергер (Grunberger, 1958) показывает эти связи на примере переструктурирования Супер-Эго пациента. Неизбежные в течение психоаналитического процесса модификации Супер-Эго нарушают существующий порядок регуляции внутрисемейной жизни.

Лидц со своими коллегами (Lidz et al., 1965; Lidz, Fleck, 1985) убедительно показали, насколько тесно переплетены психические конфликты пациентов с выраженными расстройствами и психическими проблемами их родственников. Верно также и то, что когда родственники пациента сами имеют эмоциональные нарушения или по крайней мере способствуют сохранению невроза пациента, то их бессознательные мотивы позволяют им оказывать лечению только частичную поддержку. В таких случаях терапевту необходимо решить, должен ли становиться терапевтической мишенью межличностный конфликт. Хотя вслед за этим возникает вопрос, должны ли члены семьи вовлекаться только в течение одной определенной фазы терапии или имеются показания для лечения пары или всей семьи, когда необходимо отказаться от терапевтической ситуации, включающей лишь два лица.

Часто важные решения пациентов, касающиеся их профессиональной и личной жизни, основываются на том, чтó они узнали о самих себе в ходе анализа. Когда это происходит, очень важно, чтобы аналитик дал возможность родственникам пациента понять, что он осознает, какой груз ложится на них, и он видит, что психоаналитический процесс отражается и на них тоже. С нашей точки зрения, следует не только размышлять об интрапсихическом конфликте, но также учитывать и взаимоотношения пациента с другими людьми. Это позволяет установить баланс между внешним и внутренним, между межличностными отношениями и внутрипсихическими объектными отношениями. Позитивные изменения в отношениях психоаналитика к семье пациента и окружающей его ситуации видоизменили подход к этой проблеме в направлении, которое мы только что описали.

Было опубликовано несколько эмпирических исследований того, какие изменения переживают супруги или другие члены семьи во время или после психотерапевтического лечения. В своем обследовании 39 госпитализированных пациентов с серьезными психическими нарушениями Коль (Kohl, 1962) показал, что все супруги пациентов также страдали от того или иного психического заболевания и представляли опасность для проведения успешной терапии. Болк-Вайшедель (Bolk-Weischedel, 1978) доказала относительность данного утверждения. В полуструктурированном долговременном обследовании супругов 50 пациентов (15 женщин и 35 мужчин), находившихся на амбу-

латорном лечении, она обнаружила, что 13 человек, у которых до этого имелись симптомы, освободились от них и испытывали позитивные структурные изменения во время лечения своих партнеров. У 11 супругов, ранее не имевших симптомов, эти симптомы появились, притом у шести из них с последующим позитивным структурным развитием. Десять супругов настолько сильно страдали во время лечения, что сами обратились за советом или прибегли к терапии. Десять пациентов в ходе лечения решили расстаться или развестись. Это соответствовало уровню разводов во время терапевтического лечения, проводимого Сейгером и коллегами (Sager et al., 1968). Большинство из них не сожалело об этом шаге. Болк-Вайшедель интерпретирует появление и изменение симптомов как показатель лабильности, вызванной лечением, которая прежде всего делает возможным прогрессивное развитие.

### 6.5.2 *Типичные ситуации*

Взаимодействие с родственниками пациента требует большой чуткости. Здесь всегда лейтмотивом является создание такой терапевтической ситуации, которая вселяет в пациента веру в лечение и в аналитика. Иными словами, принимая решения, что бы мы ни делали, главное — это создать для пациента «наилучшие из возможных психологические условия для функций Эго» (Freud, 1937, p. 250). В некоторых случаях привлечение одного или нескольких членов семьи пациента помогает преодолеть застой и продвинуть психоаналитический процесс. Это вопрос не только расширения базы для наблюдения и получения большей информации; присутствие родственников позволяет глубже сосредоточиться на межличностных отношениях пациента с ними. Наблюдение за этими взаимодействиями служит диагностическим целям (например, должна быть произведена оценка реальной зависимости), однако оно может оказать и терапевтическое влияние.

Существуют три основные ситуации, когда приходится решать, вступать или не вступать в прямой контакт с семьей пациента: 1) во время начального интервью; 2) в экстренных ситуациях (несчастный случай, риск суицида, необходимость госпитализации); 3) в ходе лечения.

Хорошо известно, что *начальное интервью* может принимать различные формы. Существенным элементом в определении состояния пациента выступает поведение его родственников: появляются ли они вообще; остаются ли в тени (ожидают на улице, в приемной и т.д.) или приходят в кабинет вместе с пациентом. В зависимости от подхода аналитика может происходить разное. Родственники, которые держатся на заднем пла-

не и не решаются приблизиться к аналитику, могут бессознательно утвердиться в своей позиции недоверия; те же, кто появляется неожиданно, иногда пугаются нейтральности и дистанцированности аналитика. В результате исчезает возможность выявить и проанализировать с точки зрения эксперта динамику межличностных отношений. По ряду причин вести себя естественным образом довольно трудно (Heimann, 1978).

Общеизвестно, что во время психоаналитического лечения некоторые пациенты принимают решение расстаться или развестись со своими партнерами. Поскольку потенциальные пациенты и их партнеры знают, что их супружеская жизнь может оказаться под угрозой, они часто ищут терапевта, у которого, по словам рекомендовавших его друзей, достаточно прочен собственный брак. И наоборот, пациенты, имеющие внебрачные связи, склонны выбирать терапевта с похожим стилем жизни, так как полагают, что такой аналитик лучше поймет их. Во время начального интервью пациент и партнер могут поднимать самые острые вопросы на эту тему.

В начальном интервью мы получаем сведения об отношениях пациента, разделяя их на прошлые и настоящие. В начале терапии полезно обратить внимание на то, как реагируют на нее близкие пациенту люди. Сообщения друзей и родственников об их лечении в прошлом имеют решающее значение для первоначального отношения пациента к своей собственной терапии. Аналитик может ответить на многие животрепещущие вопросы, предоставляя информацию о психоаналитическом лечении.

*Экстренные ситуации* составляют исключение из обычного правила: «Каждый контакт с родственником должен обязательно обсуждаться с пациентом». Такие ситуации могут выявиться во время начального интервью или впервые обнаружиться в ходе самого лечения. Например, суицидальные тенденции при психотическом эпизоде требуют быстрых действий, часто вызывающих необходимость кооперации с семьей пациента. Не принято помещать пациента в психиатрическую клинику вопреки его воле; обычно мы получаем его согласие, хотя часто это удается сделать лишь с помощью его семьи.

Партнер пациента может включиться в *терапевтическую ситуацию* как по просьбе пациента или аналитика, так и по своему собственному желанию. Вопрос о том, что́ (кроме экстренных ситуаций) делает необходимым взаимодействие с родственниками, подводит нас к определению идеального пациента как лица, способного и готового включить невротический элемент своих нарушенных отношений в свой перенос так, что его конфликты вновь проигрываются и могут быть решены, или, иными словами, как лица, которое страдает, но прорабатывает свои конфликты в анализе. Реакция семьи, очевидно, зависит от того,

каким образом он рассказывает о своих переживаниях в анализе. Психоаналитический метод требует со стороны пациента и его семьи повышенной способности к интроспекции. Однако часто не все включенные в процесс стороны с самого начала обладают этой способностью. Прогресс в лечении может даже затронуть что-то у партнера пациента так, что они оба не смогут с этим примириться; тогда кто-нибудь из них просит аналитика помочь в разрешении этой проблемы.

При любом рассмотрении того, какую помощь может оказать психоаналитик, следует помнить, что как у пациента, так и у его родственников терапевтическая ситуация оживляет паттерны инфантильного поведения. Это заставляет нас очень тщательно взвешивать, как много и что именно следует сообщать каждому привлеченному члену семьи. Если беседа с родственником проводится наедине, то каждое слово и каждый элемент информации будут переданы пациенту в субъективной форме. Если по каким-то особым причинам совместный сеанс с пациентом и его родственником не представляется желательным, мы рекомендуем сообщать пациенту о том, что было сказано его родственнику. Меннингер и Хольцман (Menninger, Holzman, 1958) являются сторонниками того, чтобы заранее сообщать пациенту, что будет сказано его родственнику, однако возможно, что это не окажет решающего воздействия на реакцию пациента. Важнее определить, есть ли возможность говорить с ними одновременно. Это снижает риск передачи информации в искаженном виде, однако может усиливать искушение относиться к описаниям взаимоотношений пациента так, будто они объективны. Гринэкр дает по этому поводу следующий комментарий:

> Хотя, несомненно, верно то, что видение аналитиком целостной ситуации может быть в отдельных пунктах серьезно нарушено в силу необходимости придерживаться микроскопического подхода в своей работе или в силу его сверхидентификации с пациентом, все же представляется, что в конечном итоге это видение остается менее искаженным... чем то, когда аналитик поддается давлению внешней информации, которая иногда ни в малейшей степени не является объективной (Greenacre, 1954, p. 682).

Гринэкр никогда не сообщает и не просит сообщить специальной информации о пациенте без ведома и согласия последнего и делает это только по просьбе пациента.

Теперь мы обсудим подходы к рассмотрению этого вопроса. Общение с родственниками создает для психоаналитической техники два рода осложнений, первые идут изнутри наружу, вторые — извне внутрь.

Если конфликты пациента не включены в его перенос, то они могут проявляться вне переноса во всей его деятельности и взаимоотношениях. Это навязчивое повторение вне терапевтической ситуации замещает собой импульс к воспоминанию и

главным образом разыгрывается внутри семьи. В таком случае аналитик должен попытаться определить, избегает ли ведущий себя подобным образом пациент проработки своих конфликтов в отношениях «врач—пациент», используя в качестве подмены своих родственников, или это «отыгрывание вовне» (acting out) настолько эгосинтонично, что он не в состоянии включить свои страдания в трансферентные отношения. В последнем случае терапевтическое воздействие затруднительно. Добиться ясности в этом вопросе часто бывает нелегко. Даже если мы определим «отыгрывание вовне» (acting out) просто как формы поведения вне лечебных сеансов, которые замещают собой припоминание и проработку во время анализа — повторение на уровне действий, на отношениях пациента с партнером будет отчасти отражаться, например, то, насколько подробно он рассказывает об анализе своим родственникам. Предоставление партнеру адекватной информации гарантирует конфиденциальность отношений пациента с аналитиком и одновременно укрепляет его лояльность по отношению к партнеру. Если пациенты рассказывают об анализе слишком много, то их родственники могут испытывать тревогу и искушение вмешаться. С другой стороны, родственники, которым о ходе лечения сообщается слишком мало, чувствуют себя отстраненными, и тогда у них усиливается скептицизм по отношению к аналитику. Эти «отыгрывания вовне» должны быть проинтерпретированы, если мы хотим вызвать изменения в поведении пациента.

Беспокойство пациента по поводу того, что он изменится, а его партнер — нет, часто бывает настолько сильным, что прогресс становится невозможен. В этом случае аналитик должен согласиться с желанием пациента и помочь ему объясниться с партнером. Такой разговор может быть весьма полезен в ситуации, когда пациент ощущает на себе тот груз чувства отстраненности, которое испытывает его партнер.

Здесь также важно различать, привлечен ли родственник по желанию пациента или собственная тревога заставляет его искать контакта с аналитиком. Если пациент целиком уходит в анализ и мало что сообщает о нем членам своей семьи, то его поведение может вызвать обиду тем, что их игнорируют, и желание противодействовать. Эти осложнения весьма деликатны: с одной стороны, мы должны сохранить регрессию пациента, а с другой — слишком сильный уход в инфантильную диаду может свидетельствовать о преувеличенной регрессивной тенденции. Аналитик должен осторожно разъяснять пациенту степень его готовности исключить внешнюю реальность, а иногда и пресекать чрезмерные регрессивные тенденции путем технической интервенции (например, сталкивая пациента с реальностью). Если это не удается и родственник вмешивается в терапевтиче-

ский процесс извне, тогда напряжение может снять совместное обсуждение. Однако иногда важнее сохранить отношения между двумя участниками; в таких случаях необходимо выдерживать возникающее напряжение.

Особое внимание следует уделять желанию или требованию со стороны партнера или пациента, чтобы партнер также прошел терапию. Если это требование исходит от пациента, то оно может основываться на чувстве вины, а если от партнера, то на чувствах ревности, беспомощности или стремлении взять реванш. Однако для прогресса пациента в процессе лечения необходимо пробудить в партнере его собственное подавленное ранее желание получить терапевтическую помощь, к которому нужно относиться очень серьезно. Временами аналитику приходится рассматривать вопрос о расширении терапии, чтобы включить в нее партнера. В подобных случаях интрапсихические конфликты будут оттеснены на задний план интерперсональными отношениями. Большинство терапий такого рода в действительности является прямым продолжением случаев индивидуальной терапии (Bolk-Weischedel, 1978). Можно предложить партнеру отдельное лечение или даже направить его к другому аналитику. Последнее предпочтительнее, если пара подумывает о том, чтобы расстаться.

Хотя проблема родственников не получила достаточного освещения в литературе, наметилась тенденция к *включению* членов семьи пациента в терапевтический план. Отчасти это является результатом расширения спектра показаний для психоанализа. Все больше обращаются за лечением люди с проблемами развития, нарциссические личности, пограничные пациенты или психотики. У многих из них проблемы с алкоголем и наркотиками, а также трудности в браке со всеми вытекающими последствиями. Обзор за 1976 год, сделанный Американской психоаналитической ассоциацией, выявил растущее число случаев подключения в психоаналитически ориентированные терапии партнеров и других членов семьи.

Включение родственников является необходимым не только при лечении детей, психотиков и пациентов с неадекватной Эго-структурой, но также в отдельных случаях компульсивного невроза. Друг или партнер, например, могут служить в качестве «дополнительного Эго» (см.: Freud, 1909d, p. 175). За последние годы претерпела изменения и позиция аналитиков и стала все более ориентироваться на пациента, а не на метод; теперь они уделяют больше внимания семье и окружению. Обзор Палвера (Pulver, 1978) характеризуется большой гибкостью. Изменение клиентуры требует изменений и методов лечения: гораздо больший упор должен делаться на межличностные отношения.

## 6.6 Оплата третьей стороной

### *6.6.1 Психоанализ и система страхования здоровья в Германии*

В Федеративной Республике Германии почти все пациенты, консультирующиеся у психоаналитика, имеют медицинскую страховку; 90 процентов населения являются членами обязательных страховых программ. Закон не заставляет страховаться людей, ежегодно зарабатывающих свыше 50 000 марок (около 20 000 долларов США), однако они могут это делать добровольно. На момент начального интервью большинство пациентов не имеют четкого, ясного представления, согласится ли и в какой степени возьмется оплачивать расходы их страховая компания. Только некоторые предусмотрительные люди, планирующие все заранее и уже некоторое время вынашивавшие идею возможного обращения к психоаналитику, предварительно выяснили это и имеют реалистическое представление об оплате. Те, кто является членом различных общественных организаций страхования здоровья, в большинстве случаев бывают официально направлены своим семейным врачом и полагают, что им не придется платить. Они знают, что обладают основополагающим правом на бесплатное лечение у врача по своему выбору, но большинство имеет весьма смутное представление о психиатрии и психоанализе.

Многие пациенты не знают, что психодинамически ориентированная и аналитическая психотерапия страховыми компаниями признается и что аналитик, таким образом, получит в соответствии с определенной шкалой расценок вознаграждение за свой труд. Соответственно велика их неуверенность, порождающая весьма широкий спектр сопутствующих реакций. Люди депрессивного склада склонны предполагать, что аналитическая терапия не будет покрываться за счет страховки и что они не смогут сами оплачивать гонорар аналитика. Другие считают само собой разумеющимся, что получат бесплатное лечение в связи со своими супружескими и другими проблемами, даже если последние не подходят под категорию болезни. Пациенты, направленные в амбулаторную психоаналитическую клинику, спрашивают у регистратора об оплате за счет страховой компании. Из своих предыдущих визитов к врачу все включенные в систему общественного страхования здоровья знают, что официальное направление гарантирует бесплатное лечение. Врачу не разрешается брать с этих пациентов дополнительную мзду сверх оплаты со стороны страховой компании.

При согласии на терапию, а возможно и до этого, пациента необходимо проинформировать о правилах оплаты психоанализа, включая оплату в рамках общественного или частного стра-

хования здоровья. Поскольку этот вопрос является весьма сложным и поскольку он незамедлительно осложняется субъективным и бессознательным смыслом, который придает ему пациент, аналитику не следует ограничиваться предоставлением лишь краткой информации. Прежде всего он сам должен хорошо знать, каким именно образом психотерапевтическая помощь включена в систему страхования здоровья в Германии. Мы считаем целесообразным информировать читателя о существующих сейчас правилах, хотя они и создают всего лишь внешние рамки терапии. В случаях, когда платит третья сторона, чрезвычайно важно, чтобы *и* аналитик, *и* пациент были полностью информированы о роли, которую эта третья сторона играет, с тем чтобы быть в состоянии понять как бессознательный смысл этой ситуации, так и взаимодействие внутренней и внешней сторон. Пренебрежение этой информацией *и* постоянными ее интерпретациями ведет к путанице, которая ставит под угрозу аналитический процесс.

Следует познакомить читателя с банальными фактами о характере оплаты и правилах, регулирующих применение аналитической психотерапии в страховой системе Германии. Чем меньше пациент и аналитик знают о законодательстве и его историческом развитии, тем труднее анализировать связанные с оплатой третьей стороной многочисленные и разнообразные бессознательные смыслы.

Всякая оплата со стороны, будь то страховая компания или семья пациента, создает проблемы, имеющие внешние и внутренние — материальные и психологические — аспекты. Мы говорим о ситуации в Германии, но обращаемся не только к немецкому читателю. Признание психоанализа как действенного способа лечения душевных расстройств привело во многих странах к тому, что компании страхового здравоохранения стали его оплачивать. Это нашло свое отражение в международном употреблении таких английских терминов, как «third-party payment» (оплата третьей стороной) и «peer report» (заключение коллеги). Организация оплаты через систему страхового здравоохранения, включающая заявление лечащего аналитика и параллельное заключение другого аналитика, действующего от лица страховой компании, весьма различна в разных странах, но мы полагаем, что некоторые типичные проблемы носят всеобщий характер. Поэтому читатели из разных стран в этом разделе могут найти полезными советы по технике лечения. Наше знакомство с положением во многих других странах убедило нас также в том, что Германия, для истории которой не слишком типично успешное использование компромиссов, создала весьма эффективную и гибкую для индивидуальных случаев систему оплаты аналитической терапии третьей стороной, то есть через страховое здра-

воохранение. Оплата третьей стороной и система сделанных коллегой параллельных заключений, хорошо зарекомендовавшие себя в Германии за последнее десятилетие, представляют в настоящее время интерес для многих других стран, и поэтому наш опыт заслуживает международного внимания.

Критики из других стран, такие, как Парин (Parin, 1978), Парин-Маттхей (Parin-Matthèy, 1983b) и Маннони (Mannoni, 1979), не взяли на себя труд детально изучить западногерманскую систему, прежде чем осудить ее. Лохманн (Lohmann, 1980) — ни в коей мере не поклонник институализированного психоанализа — опроверг утверждение Маннони (из школы Лакана), что существует связь между социализацией и оплатой, и назвал многие обвинения Маннони невежественными и смехотворными. Аргументы Лохманна, как это ни забавно, относятся также к идеологическим предрассудкам Парина (Parin, 1978) относительно психоанализа, в том виде, как он проводится в рамках системы страхового здравоохранения Западной Германии. Де Боор и Мерш (de Boor, Moersch, 1978) также выдвинули соответствующие аргументы против точки зрения Парина. Споры между представителями различных европейских психоаналитических ассоциаций в последние годы показывают, как трудно собирать информацию и рассеивать предрассудки. Гроен-Праккен (Groen-Prakken, 1984) подвела итог этим дебатам. Она подчеркивает неоспоримое преимущество, которым обладают теперь пациенты в некоторых странах, могущие получить психоаналитическое лечение независимо от их материальных средств, хотя в общем и целом это перевешивается страхом вмешательства со стороны тех, кто предоставляет финансовую помощь.

«Вмешательство», а не «помощь», — вот слово, наиболее часто встречающееся в этих обсуждениях. Поскольку оплата со стороны может быть предоставлена различными организациями — страховыми компаниями, государством и национальной системой здравоохранения, — в разных странах существуют различные партнеры по контракту, однако можно предположить, что в западном мире демократические правительства и страховые компании, служащие общему благу, не заинтересованы во вмешательстве в личную сферу и будут уважать установленные законом и профессиональной этикой условия конфиденциальности. Таким образом, представляется важным найти решения, которые, с одной стороны, гарантировали бы права личности, а с другой — соответствовали бы установленной законом ответственности страховых компаний. Идущие в настоящий момент международные дебаты по поводу оплаты третьей стороной напоминают споры, предшествовавшие введению нынешней системы в Западной Германии. Благодаря усилиям некоторых врачей, в том числе аналитиков, оказалось возможным достичь

соглашения между больничными кассами Федерального объединения (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) — национальная корпоративная организация врачей, регулирующая вопросы общественного здравоохранения и оплаты в области медицины) и страховыми компаниями в области здравоохранения. Соглашения содержали ясные положения, исключающие возможность манипулятивного вмешательства и делающие аналитическую психотерапию доступной для застрахованных пациентов в непредставимой прежде степени. Вплоть до 1960-х годов, следуя примеру Берлинского психоаналитического института (1920—1933), психоаналитики лечили значительную часть своих пациентов за небольшую плату, исходя из чувства социальной ответственности (de Boor, Künzler, 1963).

Сначала мы обсудим внешние рамки системы оплаты третьей стороной — общественными страховыми компаниями здравоохранения. Застрахованный пациент не вносит платы сам; аналитик получает гонорар в своем отделении KBV. Однако эти финансовые операции затрагивают денежные интересы пациента, поскольку он платит значительную часть заработка своей здравоохранительной страховой компании для обеспечения общего медицинского обслуживания, включая возможность лечения заболевания, цена которого слишком высока, чтобы средний человек смог оплатить ее сам. Обычно лицо, застрахованное в одной из этих общественных компаний, платит около 5000 марок (примерно 2000 долларов) ежегодно. Никаких доплат во время лечения не производится. Следует подчеркнуть, что пациент имеет право обращаться с юридическими претензиями не к государству, а к здравоохранительной компании — это порядок, существующий со времен Бисмарка. Германская система социального страхования находится под наблюдением государства, но это не национальная система здравоохранения в том смысле, как, например, в Соединенном Королевстве.

Пациент знает, какая часть его заработка или жалованья уходит на оплату медицинского страхования, и он может высчитать, сколько он выплатил за годы и как часто он обращался за медицинской помощью. У него есть право выбрать себе врача. Так как общественные страховые компании по здравоохранению вместе представляют собой корпоративное образование, почти все врачи являются членами KBV.

Оплата услуг врачей согласовывается двумя корпоративными организациями. Проще говоря, это означает следующее: страховые компании обязаны платить региональным организациям врачей, образующим KBV. Врачи в свою очередь обязаны предоставлять медицинское обслуживание членам общественных страховых компаний, то есть более чем 90 процентов населения. Региональные отделения KBV защищают интересы врачей

в финансовых переговорах со страховыми компаниями. Соглашения по поводу стоимости медицинского обслуживания представляют собой компромисс, в котором играют роль политические факторы и должно быть учтено общее экономическое положение. Особые положения, касающиеся психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии, включая основные положения об оплате, во многих отношениях являют собой такой компромисс.

Большинство аналитиков неохотно занимаются вопросом оплаты по страхованию, и, естественно, чем меньше вникать в него, тем сложнее он кажется. Латентное присутствие третьей стороны, оплачивающей лечение, рассматривается как источник вмешательства в психоаналитический процесс, который в идеале представляется как чисто двусторонний. Поэтому неудивительно, что при финансировании третьей стороной растет ностальгия по добрым старым временам, когда определение гонорара было исключительно личным делом.

Однако преимущества старой системы преувеличены. Реальное положение вещей можно увидеть, если взглянуть на ситуацию в тех странах, где аналитическая психотерапия все еще не охватывается страховкой. Что касается психоаналитической помощи, то «добрые старые времена» были добрыми для очень незначительной части психически больных. Для большинства же это были недобрые старые времена. И в тех странах, где страховые компании по здравоохранению ничего не платят или недостаточно оплачивают психоаналитическое лечение, положение дел по-прежнему таково, что только очень обеспеченные люди могут позволить себе пройти психоанализ. Преобладают те же самые условия, о которых сокрушался Фрейд в своем знаменитом выступлении в Будапеште в конце первой мировой войны: широкие слои населения страдают от сильнейших неврозов, и не принимается никаких мер для их излечения. В то же время он предсказывал, что «рано или поздно общественная совесть пробудится и напомнит о том, что бедный человек должен иметь такое же право на помощь его душе, какую в настоящее время ему предлагает хирургия для спасения его жизни» (Freud, 1919a, p. 167).

В некоторых западных странах предсказание Фрейда хотя бы частично сбылось и оплата третьей стороной, как это показали споры, имевшие место в последние десятилетия, превратилась в горячо обсуждаемый аспект терапевтической техники. Удивительно, что оплата третьей стороной только теперь превратилась в проблему; серьезно больные, замужние женщины, подростки и дети, не получившие наследства или не имеющие высоких доходов, всегда зависимы от третьей стороны. Самой большой и наиболее зависимой от третьей стороны группой яв-

ляются дети и подростки. В этом разделе, как и во всей книге, мы ограничиваемся рассмотрением вопросов о лечении взрослых людей, но хотелось бы подчеркнуть важность того факта, что в соглашение между германскими страховыми компаниями по здравоохранению и организациями врачей включена аналитическая психотерапия детей и подростков. Лечение финансово зависимых детей обеспечивается выделением необходимых фондов. Раннее лечение кризисов, типичных для определенных фаз развития и невротических проявлений, стало возможным благодаря включению психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии в область медицинского обслуживания, покрываемого страховкой. Ясно, что лечение детских неврозов в момент их возникновения имеет огромное психосоциальное значение.

Сложности, возникающие в результате зависимости от супруга, других родственников или состоятельных знакомых, даже если они по закону обязаны оказывать финансовую поддержку, рассматриваются в разделе 6.6.2. Другие проблемы лечебной техники могут возникнуть, если финансово независимые пациенты платят из своего кармана деньгами, которые заработали не сами. Человек-Волк Фрейда служит тому хорошим примером. Сначала он был очень богат, но разорился из-за революции в России; тем не менее Фрейд продолжал его лечить бесплатно и даже косвенно поддерживал его. Мы убеждены, что большинство пациентов, а также и их аналитики всегда зависели, прямо или косвенно, от финансовой помощи третьей стороны.

По понятным причинам самостоятельная оплата со стороны меньшинства идеализировалась. Те, кто действительно финансирует собственное лечение, избегают многих осложнений, которые неизбежно сопутствуют финансовой зависимости от третьей стороны. Таким образом, возникло представление об идеальном (бесконечном) аналитическом процессе, где пациент, чьи успехи на профессиональном поприще демонстрируют хорошее — хотя и ограниченное неврозом — функционирование его Эго, в состоянии вознаграждать аналитика в должной мере из собственных средств. В настоящее время даже финансово независимый пациент претендует как на само собой разумеющуюся оплату (частичную) третьей стороной, которая ему положена. Как показал Кремериус со своими коллегами (Cremerius et al., 1979), проблемы, возникающие в ходе психоаналитического лечения богатых и высокопоставленных граждан, гораздо более серьезны, чем можно представить в идеализированной картине, рисующей пациента, который сам оплачивает лечение. Почти всегда даже очень состоятельные люди имеют частную страховку здоровья и ожидают, вполне оправданно, что их заявление о хотя бы частичной оплате расходов, сопровождаемое

отчетом аналитика, будет удовлетворено. Медицинское обслуживание гражданских служащих субсидируется в размере около 60 процентов.

Примерно через пятьдесят лет после будапештского обращения Фрейда (Freud, 1919a) общественные страховые компании Западной Германии признали, что неврозы — это болезнь. Слишком мало внимания было уделено тому факту, что путь к широкому применению психоанализа проложен трудами амбулаторной клиники Берлинского психоаналитического института, где неимущие пациенты проходили лечение за незначительную плату, которая даже не покрывала расходов на него и выплачивалась клинике, а не терапевту. Первый в мире институт подобного рода мог продолжать свое существование не только благодаря великодушию его покровителя Макса Айтингона, но также благодаря энтузиазму его членов и практикантов, которые часто работали без оплаты. Клиника была не очень велика, но лечение сравнительно небольшого числа пациентов продолжалось. Это ослабило опасение, которое Фрейд выразил в своем будапештском обращении. Хотя он верил, что наиболее важные и эффективные элементы строго беспристрастного психоанализа будут применяться в психотерапии для широких масс, он опасался, что «чистое золото анализа» придется широко смешать с «медью прямого внушения» (Freud, 1919a, p. 168). В этой будущей, осуществляемой на широкой основе психотерапии нашли бы свое место и гипноз, и даже интеграция психической и материальной поддержки.

Сделанное Фрейдом ясное различение между строгим беспристрастным психоанализом и массовым применением этого метода, выраженное им в метафоре о разительном контрасте между чистым золотом анализа и медью внушения, оставило глубокий след, сохранившийся до наших дней. Поэтому особенно важно напомнить о данных, полученных в результате десятилетней работы Берлинского психоаналитического института (Rado et al., 1930) и свидетельствующих, что широкое, хотя ни в коей мере не массовое, применение психоанализа не ведет к его превращению в просто внушение. В предисловии Фрейда к этому докладу (Freud, 1930b) подчеркивалось тройное значение института как обучающего, исследовательского и лечебного центра. Зиммель (Simmel, 1930, p. 11) подчеркивал, что *амбулаторное* лечение представителей рабочего класса и застрахованных пациентов ни в коей мере не отличается от лечения состоятельных и самостоятельно оплачивающих его пациентов.

В 1946 году среди руин послевоенного Берлина Кемпер и Шульц-Хенке проложили новые пути, основав Центральный институт психогенных заболеваний, финансовую помощь которому оказывало местное страховое общество, позже ставшее служ-

бой Общего коммунального страхования здоровья (Allgemeine Ortskrankenkasse). Баумейер (Baumeyer, 1971) и Дрэгер (Dräger, 1971) справедливо подчеркивали большое общественное значение передового начинания: «Это был первый шаг в признании общественным институтом в Германии невроза как болезни. Впервые один из институтов системы общественного страхования оплатил затраты на психоанализ и другое психотерапевтическое лечение» (Dräger, 1971, p. 267). Впервые застрахованные пациенты смогли получить психодинамически направленное лечение, не оплачивая его непосредственно и в гораздо более широком масштабе, чем в амбулаторной клинике Берлинского психоаналитического института. Следует воздать должное Дюрссен (Dührssen, 1962) за проведенное ею новаторское исследование 1004 пациентов, прошедших аналитическую психотерапию в Центральном институте, где она показала результативность и эффективность лечения.

Баумейер (Baumeyer, 1971, p. 231) правильно подчеркнул, что работа Центрального института психогенных заболеваний внесла значительный вклад в преодоление сопротивления психодинамическому лечению со стороны системы общественного страхования: «Центральный институт психогенных заболеваний предоставил Германскому обществу психотерапии и глубинной психологии многие аргументы, которые после долгих и утомительных переговоров, длившихся годами, в конечном итоге привели к успеху» (то есть к признанию психоанализа страховыми компаниями по здравоохранению).

Признание неврозов в качестве болезней было предпосылкой включения так называемой стандартной психотерапии в программу главных здравоохранительных страховых компаний в 1967 году, за которыми в 1971-м последовали и другие общественные организации (Haarstrick, 1971; Faber, 1981). Общественные и частные здравоохранительные компании создали некоторые ограничения. Система страхового здравоохранения существует для того, чтобы обеспечить при необходимости амбулаторное и стационарное лечение людей из всех слоев общества независимо от их финансового положения. За исключением некоторых особых обстоятельств, пациент платит не более обычного страхового взноса (примерно 14 процентов своего дохода). Таким образом, законодательные ограничения не позволяют компаниям по страхованию здоровья требовать от пациента прямых вложений для оплаты аналитической терапии. Изменится ли это из-за огромного роста стоимости медицинского обслуживания, пока не ясно. Хотелось бы заметить, что социально справедливые правила относительно того, какова должна быть степень участия пациента в непосредственной оплате, повлекут за собой практические проблемы, которые будет чрезвычайно

трудно разрешить. По крайней мере пока существующее законодательство продолжает действовать, бесплатная психотерапия будет доступна для членов общественных страховых организаций по здравоохранению, чьи заболевания подпадают под существующие установки. Именно к этим указаниям мы теперь и обратимся.

В последнем варианте инструкций по применению психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии (март 1984 г.) определяются методы этих двух форм терапии, а также изложены показания к ним. Вот наиболее важные положения:

Психодинамически ориентированная и аналитическая психотерапия, как она здесь определена, представляет собой типы этиологически ориентированной психотерапии, в которой объектом лечения является бессознательная психодинамика невротических расстройств с ее психическими и/или соматическими манифестациями. Техники психотерапии, которые не соответствуют следующим описаниям психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии, не подлежат финансированию:

а) *Психодинамически ориентированная психотерапия* включает формы терапии, направленные на лечение активных в данный момент невротических конфликтов, но при этом стремящиеся сконцентрировать терапевтический процесс посредством сужения целей лечения, использования процедур, ориентированных на конфликт, и ограничения регрессивных тенденций.

б) *Аналитическая психотерапия* включает формы терапии, которые занимаются не только невротическими симптомами, но и связанным с невротическим конфликтом материалом и лежащей в его основе невротической структурой пациента. Терапевтический процесс приходит в движение и продолжается при помощи анализа переноса и сопротивления, включая использование регрессивных процессов.

Психодинамически ориентированная психотерапия охватывает определенные виды краткосрочной фокусированной терапии и динамической психотерапии, обнаруживающие конфликты и работающие с ними. Такие краткосрочные виды терапии, берущие начало от психодинамических производных психоанализа, уже доказали свою полезность (Malan, 1976; Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984). Экспрессивная психотерапия Кернберга (1984), основанная на исследованиях, проведенных Фондом Меннингера (Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986), представляет собой аналог того, что в Германии известно как психодинамически ориентированные, вскрывающие конфликт техники лечения.

Определение метода *аналитической психотерапии* полностью включает факторы, которые Фрейд считал краеугольными камнями психоанализа, а именно: сопротивление, перенос и терапевтическое использование регрессии.

Применение этих двух форм терапии в рамках системы страхового здравоохранения в принципе ограничено теми болез-

нями, течение которых может быть изменено в лучшую сторону. Психотерапевт должен убедить аналитика, выступающего в качестве оценщика, что лечение, которое он собирается применить, имеет шанс облегчить, улучшить или вылечить данное невротическое или психодинамическое заболевание. В заявке (ее мы процитируем ниже) необходимо указать и обосновать вероятный прогноз лечения. Следует определить условия, придающие симптомам статус болезни, а также факторы, поддерживающие эти симптомы. Решающий фактор в отношении прогноза определяется необходимыми *условиями для изменения*, которые должны обеспечиваться обеими сторонами — пациентом и аналитиком. Аналитик должен в каждом индивидуальном случае оценить, чего могут достичь он и пациент после того, как он обнадежил пациента, приняв его на лечение и взяв на себя связанную с этим ответственность. В ситуации, которую мы здесь рассматриваем, он должен объяснить прогностические критерии своему коллеге-аналитику, выступающему в качестве параллельного наблюдателя, то есть пояснить, почему он считает улучшение возможным.

В правилах, упомянутых выше, показания для этих двух форм терапии изложены следующим образом:

1. Психореактивные психические расстройства (то есть неврозы тревоги, фобии, невротическая депрессия).
2. Конверсионные неврозы, неврозы различных органов.
3. Автономные функциональные расстройства с установленной психической этиологией.
4. Психические расстройства, вызванные эмоциональным дефицитом в раннем детстве; особенно психические расстройства, связанные с физическими травмами в раннем детстве или пороками развития.
5. Психические расстройства, проистекающие от серьезной хронической болезни, если они дают основание для применения психодинамически ориентированной или аналитической терапии (например, хронический ревматизм, некоторые формы психозов).
6. Психические расстройства, являющиеся следствием экстремальных ситуаций, повлекших серьезные личностные расстройства (например, длительный тюремный приговор, серьезная психическая травма).

Далее определяются показания путем перечисления обстоятельств, при которых страховые компании по здравоохранению *не* будут оплачивать стоимость психотерапии:

Психодинамически ориентированная и аналитическая психотерапия не покрывается медицинской страховкой, если она неспособна излечить болезнь, улучшить состояние больного или привести к медицинской реабилитации. Это в особенности относится к мерам, направленным исключительно на профессиональную и социальную адаптацию, руководство по воспитанию детей или другие подобные меры.

В области реабилитации следует соблюдать следующие пункты:

Если психодинамически ориентированная или аналитическая психотерапия показана исключительно как средство медицинской реабилитации, она может быть использована при условии, что психодинамические факторы играют существенную роль в психическом расстройстве или в его последствиях, а также при условии, что с помощью психодинамически ориентированной или аналитической психотерапии пациент может быть интегрирован, хотя бы и за длительный срок, в рабочую ситуацию или в общество.

Использование психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии ограничено с разных сторон. Область применения определена на основе метода и нозологической ориентации (показания), но в то же время является достаточно гибкой. Мотивацию каждого отдельного пациента и его пригодность нужно оценивать с точки зрения возможности и вероятности того, что лечение будет успешным. Здесь мы сталкиваемся с триадой: необходимость, эффективность и экономичность, — которая управляет диагностическими и терапевтическими действиями врача в Германии. В рамках этой триады он обязан рассмотреть выбранную им терапию и обосновать ее перед страховой компанией.

Лечащий аналитик аргументирует план лечения данного случая в заявлении, в котором закодированы личные данные пациента. Заявление проверяется по форме и содержанию независимым экспертом, также являющимся аналитиком, который должен решить, выполнены ли вышеупомянутые условия (тип заболевания, показания). Эксперт не оказывает, таким образом, личного влияния на терапевтический процесс или на то, как проводится лечение, но сама его функция означает, что он может оказать существенное воздействие на перенос пациента, особенно во время подачи заявления на продолжение лечения. Так что нельзя более игнорировать тот факт, что аналитическая диада в этом смысле представляет собой триаду, включающую латентную третью сторону.

Если аналитик и анализируемый забудут, что они во многих отношениях являются лишь двумя сторонами треугольника, то за этим неизбежно последуют трудности. Чем меньше прояснена и объяснена роль коллеги-наблюдателя в терапии, тем лучше он служит в качестве проекционного экрана. Нельзя себя вести так, будто наблюдателя нет вовсе; будет продлен курс лечения или нет, зависит от его согласия. Принимая решение, он должен помнить указания по вопросу продолжительности лечения: «Аналитическая психотерапия, как правило, должна достичь удовлетворительных результатов за 160 сеансов, в особых случаях — за 240 сеансов». Продление лечения до 300 сеансов возможно в исключительных случаях, но это должно быть детально аргументировано. Даже 300 сеансов не представляют собой абсолютного предела, и при обсуждении заявок на про-

дление мы опишем условия, которым они должны отвечать, чтобы лечение могло быть продолжено в рамках предписанных инструкций. Компромисс относительно психодинамически ориентированной и аналитической психотерапии, содержащийся в этих предписаниях, имеет, конечно, много различных аспектов. Положительная оценка, которую мы даем этому компромиссу, станет еще яснее в разделе 6.6.2, где рассматриваются последствия контрактных соглашений по психоаналитическому процессу.

Здесь, однако, хотелось бы привлечь внимание к одному из аспектов профессиональной политики. Признание аналитической психотерапии формой лечения, покрывающейся системой общественного медицинского страхования, означает, что врачи соответствующей квалификации получают право оказывать специфические психотерапевтические услуги, упомянутые в инструкциях. Для врачей, занимающихся психоанализом, не типична активная работа в других областях (общая или специальная практика). По контракту с KBV их полномочия ограничены психоанализом и психодинамически ориентированной терапией. Психоаналитическую помощь членам организаций общественной страховой системы оказывают также психоаналитики-немедики, которые по завершении курса академического обучения (в настоящее время необходимым для этого условием является степень по психологии) проходят в течение нескольких лет психоаналитическое обучение в определенном институте. Говорить о таких аналитиках-немедиках как о непрофессионалах — значит вводить людей в заблуждение. Преследование более шестидесяти лет тому назад психолога Райка, прошедшего обучение психоанализу, и обвинение его в шарлатанстве заставили Фрейда опубликовать «Вопрос о непрофессиональном анализе» (Freud, 1926e). Обвинение против Райка было снято, но психоаналитикам-немедикам не было разрешено практиковать в системе Австрийской страховой медицины (Leupold-Löwenthal, 1984). Включение практики аналитиков-немедиков в сеть услуг, оказываемых страховым здравоохранением в Германии, имеет большое значение в истории психоанализа.

После того как неврозы были признаны болезнями, цель психоаналитического лечения стала соответствовать медицинской концепции болезни. Страховые компании по здравоохранению обязаны покрывать стоимость лечения только тогда, когда симптомы конституируют болезнь и удовлетворяют требованиям триады: необходимость, эффективность и экономичность. И при определении диагноза и при лечении врач в Германии должен учитывать эти критерии. Он должен также помнить, что неврозы составляют континуум с расстройствами, обусловленными характерологическими факторами, медицинским страхованием

не покрывающимися, и что может произойти плавный переход от одного к другому.

### *6.6.2 Воздействие на психоаналитический процесс*

Психоаналитический процесс определяется множеством факторов, которые мы обсудим в восьмой и девятой главах. В настоящий момент мы ограничимся тем, что покажем некоторые типичные последствия оплаты третьей стороной — страховыми компаниями. Мы хотели бы начать с тезиса, выведенного из нашего опыта, связанного с предписаниями с точки зрения лечащего аналитика, пациента и наблюдающего коллеги. *Всякая* оплата третьей стороной типичным образом воздействует на ход лечения, создавая проблемы, которые не возникают, когда анализируемый платит за лечение сам. Однако эти типичные затруднения могут быть разрешены аналитическим способом, то есть средствами интерпретации. Наш опыт подтверждает ожидания Эйсслера (Eissler, 1974): классическую технику можно применять и в тех случаях, когда лечение финансируется медицинской страховкой.

Проработка оральной и анальной тематики, когда оплата не является прямой, более затруднительна, однако она не невозможна. Эбальд (Ehebald, 1978) и Кремериус (Cremerius, 1981а) представили веские возражения против широко распространенной точки зрения, наиболее ясно выраженной Кемпером (Kemper, 1950, p. 213), что прямая оплата является ни много ни мало движущей силой анализа.

Очевидно, что предписания содержат ограничения, и весьма существенно в интерпретациях учитывать социальные параметры. Это позволит увидеть, что финансирование лечения медицинским страхованием, несмотря на ограничения, создает прежде всего бóльшую степень свободы для пациента и аналитика в том смысле, что на некоторый период они освобождаются от всех финансовых затруднений. Зависимость от оплаты третьей стороной дает им *свободу*, без которой нельзя обеспечить ни необходимых условий для психоаналитического излечения, ни материального существования аналитика. Без оплаты со стороны организаций общественного страхования большинство тех, кто нуждается в аналитической психотерапии, не имели бы к ней доступа и психоаналитики зависели бы от небольшого числа пациентов, способных заплатить за себя. Хотелось бы подчеркнуть еще раз, что начиная с 1967 года каждый человек, включенный в систему общественного страхования в Западной Германии, с невротическими симптомами, которые можно рассматривать как болезнь, имеет *право* на этиологически ориентированную психотерапию. Пациент, не имеющий собственных средств, более не

находится в зависимости от великодушия состоятельного друга или родственника. Таким образом, анализ не зависит уже от экономических факторов, которые обычно оказывали нежелательно сильное влияние на принятие решений. Недостаточное вознаграждение аналитика за предоставляемые им квалифицированные услуги, поглощающие массу времени, ведет к серьезным затруднениям для обеих сторон. Степень этих затруднений различна по многим причинам. Фрейд рассказывал о неблагоприятном опыте дарового лечения, но, с другой стороны, замечал, что «иногда встречаются достойные люди, которые беспомощны без всякой вины со своей стороны и бесплатное лечение которых не сталкивается ни с какими упомянутыми мной препятствиями и дает результаты» (1913c, p. 133).

Оплата страховыми компаниями делает пациента независимым от доброй воли аналитика. Во многих странах все еще полагаются на самопожертвование со стороны аналитиков. Там бремя социальной ответственности лежит на психоаналитических институтах, проводящих амбулаторное лечение, где молодые аналитики и обучающиеся лечат пациентов за столь низкую плату, что она не покрывает даже их собственных расходов. Во многих местах опытные аналитики, зарабатывающие на жизнь частной практикой, выступают бесплатно как супервизоры. В тех странах, где еще не найдено решения проблемы, подобного западногерманскому, ситуация напоминает ту, что была в старом Берлинском психоаналитическом институте.

Контраст, существующий между ситуацией в Германии и положением в странах, где не практикуется финансирования страховыми компаниями, поразителен. Немецкий аналитик в настоящее время получает 70—80 марок в час и, таким образом, имеет хотя и надежный, но ограниченный доход, особенно с учетом того, что обучение длится долго и стоит дорого.

В целом правила, касающиеся гонорара, все еще недооценивают роль личных услуг, предоставляемых врачом, особенно психоаналитиком, работа которого высокоспециализированна и поглощает много времени. Тенденция к идеализации психотерапии приводит одновременно к ее обесцениванию. С одной стороны, психотерапия возносится на более высокий, нематериальный уровень и окружается ореолом. Она не может быть «осквернена» земными делами и, уж конечно, чем-то таким грязным, как деньги, и поэтому ею не следует заниматься профессионально. С другой стороны, как обыватели, так и врачи по той же причине отмахиваются от психотерапии: «Они ничего не делают, только разговаривают; это не может принести пользы, так что ничего не должно стоить».

Идеализация и обесценивание оказывают свое воздействие и на пациента. Если он не платит аналитику из своего кармана,

он лишается опыта немедленного символического вознаграждения. Поэтому важно помнить и понимать, что аналитик получает непрямую компенсацию от страховой компании. Третья сторона выполняет важную функцию во взаимодействии пациента и аналитика, которая в ходе анализа должна постоянно разъясняться, чтобы аналитик имел возможность противостоять любым разочарованиям и проекциям компонентов своего собственного Я. Соединение идеализации, обесценивания и роли оплаты — это лишь один из примеров, которые можно привести. Кремериус (Cremerius, 1981a) провел систематическое исследование многих сторон того влияния, которое оказывает оплата со стороны страховых компаний на отношения между пациентом и аналитиком и на развитие и конфигурацию неврозов переноса. Конечно, признание психоанализа как формы лечения также поднимает социальный статус профессии. Вне всякого сомнения, это оказывает положительное воздействие как на пациента, так и на аналитика, несмотря на то что доверительные терапевтические отношения в действительности строятся принципиально на другой основе.

Финансирование аналитической терапии страховыми компаниями по здравоохранению сделало аналитика независимым от пациентов, которые способны самостоятельно и пунктуально оплачивать свое лечение. Он может теперь проводить начальное интервью (до 6 сеансов в качестве основы для заявления), ориентируясь исключительно на самого пациента, поскольку его решение о форме используемой психотерапии не зависит больше от наличия средств у пациента (Ehebald, 1978). Аналитик, практикующий сегодня в Германии, не должен больше подводить баланс между числом пациентов, которых он лечит даром или за уменьшенную плату, и желательным уровнем жизни. По этому поводу Фрейд заметил: «Следует помнить... что бесплатное лечение значит гораздо больше для аналитика, чем для врача любой другой специальности; это означает, что он приносит в жертву... существенную часть своего рабочего времени, которое он мог бы использовать, чтобы зарабатывать на жизнь в течение многих месяцев». Лечение еще одного бесплатного пациента наносит аналитику материальный ущерб, «сравнимый с убытком, понесенным в результате серьезного несчастного случая». Затем Фрейд задает вопрос, не будет ли «польза, полученная пациентом, в какой-то мере уравновешивать жертву, принесенную врачом» (Freud, 1913c, p. 132).

Эти слова Фрейда подчеркивают важность выработки решения, приемлемого для обеих сторон. Пациент частично оплачивает лечение сам благодаря своему вкладу в медицинское страхование, и эта оплата расходов через страховку усиливает ощущение, что он является частью общества. В противоположность

проблемам, которые возникают при бесплатном лечении или лечении за очень низкую плату в амбулаторных клиниках и чрезвычайно трудно поддаются аналитическому решению, осложнения, связанные с тем, что пациент не должен ничего платить непосредственно из своего кармана, можно преодолеть с помощью интерпретаций. Контрперенос аналитика вызывает гораздо меньше беспокойства, если его услуги достаточно вознаграждаются, и в этом отношении источник оплаты не имеет значения.

Однако в совсем другом положении находятся обучающиеся и молодые аналитики, проводящие лечение практически бесплатно в амбулаторных клиниках психоаналитических институтов, иногда даже вынужденные сами платить за супервизию. Серьезные проблемы, с которыми они сталкиваются, часто выступают на поверхность после завершения периода их обучения, за которым часто следует окончание этих анализов. Несмотря на трудности в технике лечения, мы разделяем точку зрения Кремериуса (Cremerius, 1981a), что непрямая оплата не представляет серьезного препятствия для психоаналитического процесса. Осложнения, заложенные в инструкциях, лежат, как мы попытаемся сейчас показать, в другой области.

Проблемы возникают, когда психотерапия привязывается к медицинской *концепции* болезни и вводятся *временные ограничения* на финансирование лечения, определяемые в терминах необходимости, эффективности и экономичности. Предписания отражают компромисс между крайностями психоаналитической терапии и установленными нормами. Постараемся сначала исследовать область *соглашения* между предписаниями и психоаналитической практикой. Разделы 6 и 9 заявки на финансирование терапии выдвигают следующие требования:

6. Психодинамика невротического состояния. Оценка развития невроза и интрапсихических конфликтов, включая вытекающие из этого невротические компромиссы и симптомы. Должны быть описаны: время появления симптомов, провоцирующие факторы и психодинамическое развитие.

9. Прогноз психотерапии. Оценка мотивации пациента, осознания проблемы, способности к формированию терапевтических отношений, надежности, частичной способности справляться с жизненными проблемами. В особенности оценка способности или тенденции к регрессии, степень фиксации, гибкость, потенциал к развитию, способность к инсайту в отношении болезни...

Предписания требуют от аналитика всего лишь рационального обоснования его терапевтического плана в соответствии с принципами этиологической теории психоанализа. Коллега-наблюдатель опирается на общий уровень знаний, существующий в области психоанализа, и на свой собственный опыт, оценивая *вероятность* психодинамических связей, описанных аналити-

ком. Его основная задача состоит в том, чтобы определить, подходят ли симптомы под понятие болезни. У него также может возникнуть мысль об убедительной связи между невротическим компромиссом, симптомами и лечебными приоритетами аналитика. Коллега-наблюдатель, конечно, не может определять, соответствует ли описание действительности, или лечащий аналитик ориентируется на собственную схему проведения лечения. Тем не менее у него формируется некоторое впечатление о ходе лечения, так как аналитик в каждом обращении о продлении финансирования лечения еще на 80 сеансов обязан подвести итоги проведенного курса и описать изменение симптомов во взаимосвязи с переносом и сопротивлением. Пересмотренный прогноз о регрессии и фиксации представляет собой наиболее важный пункт в заявлении на продление лечения.

Должно быть очевидно, что фундаментальные принципы психоаналитической теории содержатся в схеме показаний и курсе лечения, в рамках которых взаимодействуют аналитик и наблюдатель. Без этой общей основы не может функционировать никакая система параллельных заключений. Даже Беланд (Beland, 1978) в своей во многих отношениях критической работе согласился, что система параллельных заключений доказала свою ценность. Функция наблюдателя четко очерчена и не позволяет ему вмешиваться в лечение своего коллеги. Его позиция осложняется, если он не может проследить процессы, описанные в заявлении. От каждого заявления требуется, чтобы оно было убедительным и последовательным, а заявление о продлении лечения должно содержать данные о том, как развивается трансферентный невроз и какие изменения симптомов в результате произошли (улучшение или ухудшение). Система параллельных заключений привела к тому, что сомневающиеся наблюдатели начали беседовать со своими лечащими коллегами и таким образом интенсифицировался диалог между аналитиками.

Возможно, этих замечаний относительно важных аспектов предписаний уже достаточно для подкрепления следующей точки зрения.

В заявке на начало или продолжение психодинамически ориентированной или аналитической терапии, как и в каждом семинаре по психоаналитической технике, важно продемонстрировать, что психодинамическая оценка и предпринятые для лечения шаги соответствуют друг другу. Реакция пациента на уже проведенную терапию также должна быть описана, так как правильность лечения в конечном итоге подтверждается его прогрессом.

Таким образом, не только по юридическим причинам, но и на основании техники стоит составлять каждую заявку так, чтобы при желании пациент мог прочесть и понять ее. Возможно,

зрелому пациенту будет полезно ознакомиться с размышлениями аналитика, если только они существенно не расходятся с соображениями, высказанными в интерпретациях. Если расхождения между содержанием заявки и тем, как переживает лечение пациент, не могут быть преодолены в процессе диалога по поводу заявки, шансы на *приобретение знания* в диаде весьма слабы. Согласно психоаналитической теории, перспектива добиться излечения в этом случае тоже очень незначительна.

Предписания требуют от лечащего аналитика нечто вроде самосупервизии. Большинство аналитиков согласны, что иногда очень важно интенсивно поразмышлять о ходе лечения в свете аналитических критериев. В случае процедуры с параллельным контролем второй аналитик, имеющий четкую и узко очерченную функцию, выносит свое суждение о результатах этого размышления — между прочим, с правом вето со стороны аналитика, подавшего заявку. Если сама супервизия рассматривается как практическое начало научной работы, процедура контроля может быть даже расценена как расширенная форма самосупервизии. Во многих отношениях заявки на продление лечения представляют собой кладезь знаний, который далеко не исчерпан. Описания, в них содержащиеся, отражают взгляды лечащего аналитика на психоаналитическую практику в рамках психоаналитической схемы, сформулированной в предписаниях.

Общим местом является то, что психоаналитический процесс требует времени, но именно по этой причине заявки на продолжение лечения и ограничение числа сеансов поднимают такие большие проблемы в отношении принципов и техники лечения. Хотелось бы остановиться на этой теме подробнее.

Компромисс заключается в следующем:

1. С одной стороны, согласно первой методологически не вполне верной статистике, собранной в старом Берлинском психоаналитическом институте, было продемонстрировано, что удовлетворительные результаты также могут быть достигнуты психодинамически ориентированной и аналитической психотерапией ограниченной продолжительности.
2. С другой стороны, начиная с 1950-х годов анализ становится все более продолжительным. Предшественниками «супертерапии» (Balint, 1954, p. 158) служат еще более длительные обучающие анализы.
3. Цели этих анализов все больше удаляются от лечения симптомов, превращающихся в болезнь, как она определяется в медицинских терминах, а также от доказательства необходимости, эффективности и экономичности.

Улучшение симптоматики на основе частичных структурных изменений, как правило, сопровождается переходом от невротического расстройства к общему состоянию счастья, хотя и не

вполне свободного от несчастья и трагедии (Freud, 1895d, p.305). Когда бывает достигнута такая стадия — это вопрос оценки.

Несмотря на ограничения, предписания не устанавливают абсолютного верхнего предела. Однако, как удалось установить одному из нас (Х.Т.) в качестве коллеги-наблюдателя, сравнительно редко заявки на лечение сверх обычной продолжительности обосновываются согласно рекомендации Фрейда об особо углубленном анализе (см. гл. 10). Аргументация, используемая более часто, показывает, что нелегко достичь баланса между временными границами и терапевтическим использованием процессов регрессии. Детально мы рассмотрим это использование регрессии в восьмой главе, здесь же ограничимся тем, что скажем о важности в аналитической психотерапии, следуя предписаниям, всегда иметь в виду социальную и экономическую реальность. Она не допускает регрессии ради себя самой. Положение страховых компаний и их членов играет свою роль. Это приводит нас еще к одному компоненту компромисса.

4. В ограничении длительности лечения определенную роль сыграли финансовые соображения медицинских страховых организаций, так как страхователи предвидели бесчисленные неразрешимые дилеммы, включая финансовые проблемы, связанные с отклонением от медицинского определения болезни и расширением обязательств по оказанию финансовой помощи для облегчения социальных и семейных проблем или улучшения так называемого качества жизни в целом.
   Беланд говорит:

> Каждый пациент, каждый аналитик и каждый наблюдатель может понять и принять такое ограничение — оно вполне справедливо и не нуждается в оправдании на основе теории неврозов. Вынужденность страховой компании узаконить ограничение оказываемых услуг, исходя в первую очередь из теории лечения, а не из недостатка средств, отражает жалкое положение вещей с пагубными последствиями для наблюдателя, терапевта и прежде всего для пациента. Поэтому желательно, чтобы наблюдатели освободили себя от обязанности оправдывать прерывание лечения после 240 или 300 часов (Beland, 1978, p. 9).

Из сказанного следует, что теория лечения, лежащая в основе предписаний, не устанавливает абсолютных ограничений. Теория основана целиком на психоаналитическом методе, и, таким образом, необходимы эмпирические доказательства, согласно Фрейду (см. гл. 10). Однако, как мы уже заявляли, ограниченные средства (наряду с другими факторами) сыграли свою роль в сокращении услуг. Во-первых, было показано, что во многих случаях стойкое улучшение симптоматики может быть достигнуто в течение 300 сеансов, что вполне может указывать по крайней мере на частичное изменение в структуре. В данный

момент мы не хотим заниматься сложным доказательством, что дело обстоит именно так. Во-вторых, было также продемонстрировано, что значительное число анализов, продолженных далее, вело к обогащению качества жизни, выходящего за рамки медицинских понятий «здоровый» и «больной». Мы рекомендовали бы как лечащему аналитику, так и коллеге-наблюдателю отнестись серьезно к критике Беланда и к нашим рассуждениям. Весьма важно, чтобы при интерпретации невроза переноса учитывалась социальная реальность, а также не забывалась бы гибкость предписаний.

Во время начальных сеансов нет особого смысла говорить о длительности лечения, будь то в связи с ограничениями, заложенными в предписаниях или связанными с бесконечным анализом. Разговор об этом даже может оказаться антитерапевтическим. Однако в интерпретации переноса, связанные с заявлением по поводу продолжения лечения, необходимо включить вопрос о времени и деньгах — и тем самым коснуться роли независимого наблюдателя. Если по истечении срока лечения, финансируемого медицинскими страховыми компаниями, существует опасность самоубийства, аналитику, прежде чем критиковать предписанные ограничения, следует задуматься над тем, как он проводил лечение. К счастью, наш опыт показывает, что большинство пациентов, прошедших курс лечения в рамках предписаний, испытывают благоприятные изменения симптоматики и что акцент перемещается с болезненного состояния на проблему, как справиться с жизненными затруднениями, а Фрейд не рассматривал это как невроз. Предписания даже разрешают длительный анализ для серьезно больных пациентов при условии разумного прогноза.

В целом большинство психодинамически ориентированных и аналитических психотерапий могут быть закончены в рамках, установленных предписаниями, то есть за 50 (иногда продленных до 80) или 240 (300) сеансов соответственно. Конечно, было бы весьма полезно знать результаты лечения и, что касается оплаты третьей стороной, причины, по которым пациенты решают сами оплачивать продление лечения; однако в обоих случаях мы должны полагаться на имеющиеся оценки. Результаты исследований указывают на вероятность того, что около ⅔ пациентов завершают психотерапию вылеченными или со значительным улучшением симптоматики, а оставшаяся треть — не испытывает улучшения.

Остается нерешенным вопрос, может ли состояние этих оставшихся пациентов улучшиться и могут ли они вылечиться, продолжая лечение при тех же самых условиях (тот же аналитик, оплата третьей стороной) или при изменении условий (например, самостоятельная оплата лечения) без смены или модифика-

ции метода или замены аналитика. Тем не менее мы полагаем, что можно достаточно надежно определить обстоятельства, при которых пациенты готовы продолжать лечение за собственный счет по прекращении оплаты третьей стороной. Необходимо обратиться к началу лечения и исследовать общее влияние, которое психоаналитический процесс оказывает на мышление и переживания. Первоначально все пациенты надеются и ожидают, что станут здоровыми и будут вести полноценную жизнь, поэтому они интересуются эффективностью аналитической терапии. Растущее понимание конфликтов во взаимоотношениях и их связь с флуктуациями в симптомах могут, конечно, привести к ожиданиям, имеющим мало общего с медицинской концепцией здоровья и болезни или с предписаниями, основанными на этой концепции.

Жизненные трудности и ожидания, развивающиеся у анализируемых в ходе лечения, часто имеют лишь косвенное отношение к концепции болезни и здоровья. Фабер (Faber, 1981) указывает, что при всем уважении к утопическому элементу желания познать себя с помощью анализа эти иллюзорные утопические элементы в аналитических целях должны пониматься как явления переноса и контрпереноса. Он считает, что следует здраво и упорно вырабатывать правомерные психоаналитические утопии. «Это деятельность культуры — что-то вроде осушения озера Зюйдер» (Freud, 1933a, p. 80).

По нашей оценке, 10—20 процентов пациентов в средней психоаналитической практике после прекращения финансирования третьей стороной оплачивают продолжение анализа из собственного кармана. Эта группа весьма разнообразна, и цели пациентов также весьма различны. Одну категорию в этой группе составляют люди, которые стремились пройти анализ в силу выраженности своих симптомов. В свете того, что было сказано, мы полагаем, что научно обоснованные заявки во многих случаях могут помочь обосновать продолжение лечения.

Другая категория людей, самостоятельно оплачивающих лечение, включает тех, кто ожидает, что продолжение анализа придаст их жизни более глубокий смысл независимо от медицинских соображений. Некоторые способны справляться с работой и жизнью только с помощью своих отношений с аналитиком. Во сколько анализируемому обойдется этот более глубокий смысл — зависит от его материального достатка. В конечном итоге состоятельному пациенту и его аналитику легче достичь соглашения о продолжении анализа, чем, к примеру, чиновнику среднего ранга, который живет исключительно на зарплату.

Поэтому переход на самофинансирование часто означает либо необходимость сделать сеансы более редкими, либо снизить гонорар аналитику. В последнем случае вопрос заключается не

только в том, сколько может позволить себе пациент, но также в том, какой уровень оплаты все же приемлем для аналитика без неизбежных ограничений и жертв, оказывающих такое большое давление на аналитические взаимоотношения, что страдает терапевтическая работа. Например, даже незначительное понижение гонорара, выплачиваемого пациентом за четыре сеанса в неделю, влечет за собой немалое понижение заработка аналитика. С другой стороны, самостоятельная оплата дальнейшего курса терапии может оказать влияние на жизненный уровень пациента и его семьи. Можно ожидать дополнительных конфликтов с латентно присутствующими третьими сторонами, но в конечном счете в отношениях с ними необходимо добиться равновесия.

Таким образом, в работе по достижению плодотворной договоренности с третьими сторонами (семьей, компанией по страхованию здоровья и наблюдателем) и примирения с самим собой необходимо учитывать много факторов.

# 7 Правила

## 7.1 Многофункциональность психоаналитических правил

Фрейд сравнивал правила психоаналитического лечения с правилами игры в шахматы: и те и другие дают возможность для бесконечного разнообразия шагов, ограниченных только в начальной и в заключительной фазах:

> Есть среди них такие, которые могут показаться мелкими деталями, и они в действительности таковы. Их оправдание в том, что это просто правила игры, и их важность зависит от их отношения к общему плану игры. Я думаю, однако, что будет благоразумнее называть эти правила «рекомендациями» и не требовать их безусловного принятия... Гибкость психических процессов и изобилие определяющих факторов противостоят всякой механизации техники; и это приводит к тому, что обычно оправданный ход действий иногда может оказаться неэффективным, в то время как обычно ошибочный может привести к желаемому результату. Однако эти обстоятельства не помешают нам установить для врача процедуру, которая в среднем эффективна (Freud, 1913c, p. 123).

Сравнение с шахматами позволяет наиболее наглядно проиллюстрировать разнообразие способов возможного проведения лечения. Сложные последовательности взаимодействия, лежащие в основе обороны или эндшпиля в шахматах, похожи на стратегии лечения. Рекомендации стратегического характера могут быть сформулированы в виде правил. Правила игры в шахматы, определяющие передвижение фигур и, таким образом, выполняющие функцию закона, нужно понимать по-другому, поскольку, если они не выполняются, игра вообще может не состояться.

В шахматах легко отличить ходы, которые нарушают правила, от тех, которые нецелесообразны, но в психоанализе такое разграничение провести труднее. Это, с одной стороны, обусловлено историческим развитием психоаналитической теории и техники, а с другой — тем, что психоаналитические правила имеют другие функции. Как известно, в анализах, проводимых Фрейдом, психоаналитическая ситуация в большой степени представляла собой что-то вроде совместного эксперимента,

имеющего целью исследовать генезис невроза. Даже в своих поздних работах Фрейд сохранял элементы этой экспериментальной ситуации (Cremerius, 1981). Его самые строгие и наиболее недвусмысленные указания относятся к параметрам этой ситуации. Правила, казалось бы, создают «социальную нулевую ситуацию».

Для Фрейда, однако, психоаналитическая ситуация не была просто его собственной версией современных профессиональных тенденций. Она была существенной как для его рабочей техники, так и для теоретизирования. Это позволяло ему поставить пациента и научные круги (двойную аудиторию Фрейда) лицом к лицу с тем фактом, что продукция пациента не может быть отброшена ни как артефакт определенной ситуации, ни как индуцированная терапевтом, а должна быть объяснена на основе собственной психической деятельности пациента (de Swaan, 1980, p. 405).

Уже давно стало ясно, что этот идеал не подходит для социальных наук. Еще никогда не было возможности в конкретной форме воспроизвести социально нулевую ситуацию, хотя в роли ведущей утопической фантазии психоанализа она оказала свое вредоносное влияние на практику. Строгое следование параметрам может быть отнесено на счет того факта, что аналитики истолковывают их преимущественно как *правила*, а не как средства более благоприятной *стратегии лечения*. Виттгенштейн афористично рассматривал вопрос, насколько надежно даже такие явно простые правила ведут к желаемой цели.

Правило стоит там подобно указательному столбу. Разве указательный столб не оставляет никакого сомнения в том, каким путем я должен идти? Показывает ли он, какое направление нужно выбрать, когда я миновал его: вдоль дороги, или по тропинке, или напрямик через поле? Но где сказано, что я должен следовать указателю; идти ли, куда указывает стрелка, или, например, в противоположном направлении? А если бы там был не единственный указательный столб, а ряд следующих друг за другом столбов или разметка на земле? Существует ли только один способ их толкования? Итак, я могу сказать, что в конце концов указатель не оставляет места для сомнений. Или скорее: иногда он позволяет сомневаться, а иногда нет. И теперь это уже не философское суждение, а эмпирическое (Wittgenstein, 1953, pp. 39—40).

Ссылаясь на концепцию Виттгенштейна о правилах, Хабермас (Habermas, 1981) установил зависимость между введением правил и появляющейся в результате этого возможностью выработать тождество смысла и интерсубъективную валидность простых символов:

Оба аспекта, отмечающие использование простых символов, объединены в концепции правила: тождественность смысла и интерсубъективная обоснованность. Общее качество, составляющее смысл правила, может быть изображено с помощью ряда образцовых действий (Habermas, 1981, v. 2, p. 31).

Правила создают тождество смысла, так как они гарантируют, что отвечающие правилам события могут быть выделены как константы среди множества событий. Они создают «единство в многообразии своих типичных проявлений, в различных формах, которые они принимают в реальности или в реализации на практике» (Habermas, 1981, v. 2, p. 32). Эти соображения весьма важны для понимания психоаналитической ситуации и правил, ее формирующих; они подчеркивают, что смысл поведения аналитика и пациента привязан к существованию общих правил. Детализированность некоторых правил, о чем говорил Фрейд в приведенном выше высказывании, есть результат стремления к тождеству смысла даже за рамками данной лечебной ситуации. Именно в области психоанализа, характеризующегося столь многими неопределенностями и противоречиями, правила несут функцию сохранения групповой целостности и стабильности в группе. В этом контексте тот факт, что все психоаналитики следуют одним и тем же правилам, является признаком профессионализма. Это объясняет, например, почему использование кушетки и частота сеансов стали важными критериями, позволяющими назвать лечение «анализом».

Смысл правил коренится в их межличностном, обоюдном принятии. В действительности одна из важных функций правил заключается в том, что они допускают возможность интерсубъективного обмена. Это особенно верно в психоанализе. Единообразные рамки дают возможность сравнить выводы, тем самым обеспечивая стандартизацию психоаналитического процесса (Bachrach, 1983). Стандартизация необходима для того, чтобы аналитик мог сравнить клинические данные и обобщить наблюдения; в противном случае он будет всего лишь наблюдать явления и описывать их со случайно выбранной точки зрения. Пациенты реагируют различным образом, например, на кушетку и необходимость лежать на ней, но у аналитика имеется некоторый опыт в отношении этих реакций, и на их основе он может сделать определенные диагностические и терапевтические заключения. Однако стандартизация внешних рамок часто дает лишь видимость единообразия, так как действие правил в значительной степени зависит от дополнительных факторов. Стандартизация не должна доходить до такой степени, чтобы она препятствовала терапевтическому процессу. Используя терминологию Виттгенштейна, мы имеем здесь дело с эмпирическими предложениями, касающимися сравнений между правилом, способом и целью. И действительно, мы видоизменяем правила, когда они непродуктивны, например если лежание на кушетке подавляет пациента.

Разнообразие параметров — еще одна причина того, что психоаналитические правила не образуют замкнутую структури-

рованную систему, а скорее представляют собой собрание директив в разных областях и с разным императивным содержанием. Наиболее важные рекомендации Фрейда относительно лечения разбросаны по меньшей мере в дюжине его работ. Исследовательская группа в Институте Зигмунда Фрейда насчитала 249 таких рекомендаций и попыталась систематизировать их. Классификация из одиннадцати категорий, охватывающих правила поведения и правила по определению показаний, подчеркивает различия и по содержанию и по степени абстракции (Köhler-Weisker, 1978; Argelander, 1979).

Трудно утверждать, сколько из этих многочисленных предписаний составляют ядро действительных правил психоаналитических шахмат. В отличие от шахмат это не правила, регулирующие лишь встречу двух человек для проведения игры. Психоаналитические правила — это всегда также правила стратегии, которые продолжают обсуждаться и подтверждаться в каждом отдельном случае. Это отличает психоанализ от шахмат, где правила игры и правила стратегии четко разграничены.

Правила лечения в своей основе ориентированы на достижение цели. Как заявлял Тафертшофер (Tafertschofer, 1980), их можно воспринимать как отдельные шаги в психоаналитическом методе и, таким образом, сравнить с другими научными методами. Однако именно ориентация на цель запрещает как раз такую канонизацию правил, которая самоочевидна в шахматах. Фрейд осознавал эту проблему и отдавал приоритет эффективности.

Складывается впечатление, что критический анализ эффективности правил в психоанализе все еще довольно слабо разработан. Слишком часто правила оправдывают не их полезностью, а тем фактом, что они закреплены в психоаналитической теории. Теоретическое закрепление правил очень спорно. Вестмейер в критическом обзоре правил бихевиоральной терапии выдвинул весьма веские, по нашему мнению, соображения относительно правил, управляющих психоанализом. Он показал, что логическое выведение технических правил из открытий базовой науки является утопической иллюзией: «Технические правила, следовательно, не являются правильными или ложными, как законы и формулировки научных теорий, но скорее более или менее эффективными и действенными — в той степени, в какой после реализации рекомендованных мер достигается намеченное состояние» (Westmeyer, 1978, p. 123). Мы обсудим эту проблему более подробно в десятой главе.

Что касается психоанализа, можно увидеть, что, в то время как теория в основном занята детерминантами генезиса, технические правила направлены на достижение необходимых и до-

статочных для изменений условий: психоаналитическая техника не является простым применением теории.

Соотношение между функцией правила и стратегической функцией для каждого отдельного правила лечения находится в состоянии непрерывного изменения. Потребность аналитика в безопасности и в понимании проблемы искушает его абсолютизировать правила. Трудности, возникающие во время терапевтического процесса, часто заставляют тщательно проверять границы применимости метода и таким образом подвергать сомнению лечебные рекомендации.

Пациенты вносят свой вклад в эти колебания. Настороженный пациент не может не заметить, что аналитик действует в соответствии с некоторыми правилами, даже если он об этом не сообщает. Пациент сам часто ставит под вопрос законность подобного образа действий. Поэтому это всего лишь вопрос времени, когда именно параметры анализа будут подвергнуты критическому рассмотрению. Тогда они временно теряют статус рамок и подвергаются горячему обсуждению, пока бессознательные детерминанты, заставившие пациента поставить их под сомнение, не будут поняты и прояснены или, соответственно, пока не изменятся параметры. Правила лечения имеют естественную тенденцию превращаться в сцену конфликта между пациентом и аналитиком; подобного опыта нельзя избежать, а возможно, и не следует этого делать.

Используя пример пациентов с расстройствами Супер-Эго, Кремериус (Cremerius, 1977) убедительно продемонстрировал, что пациенты, наоборот, делают правила психоаналитика своими собственными и начинают рассматривать их как абсолютные. Вряд ли необходимо указывать, что эффективности лечения одинаково угрожают как абсолютизация правил, так и бесконечные сомнения по поводу каждого соглашения. С точки зрения терапии обязательно, чтобы аналитик варьировал правила в соответствии с ситуацией и особенностями расстройств пациента. Перефразируя пословицу, скажем, что в психоанализе исключения являются правилом. Объясняет ли аналитик правила, которые он применяет, и как именно он их объясняет, зависит от характера терапевтических отношений. Мы согласны, что терапевтическую цель правил нужно детально объяснить, так, чтобы не лишить аналитика преимуществ в его работе и не нанести ущерба текущему состоянию пациента. Аналитический процесс проходит через сомнения по поводу правил лечения и их утверждение с новой силой. Оптимально, когда в ходе этого взаимодействия аналитик и пациент достигают понимания правил, которые являются наилучшими для данного анализа.

Мы уже упоминали, что рекомендации по психоаналитическому лечению отражают целый спектр основных теоретиче-

ских положений, идей, направленных на определенные цели, и клинический опыт. Мы не пытаемся представить исчерпывающее описание всех важных лечебных правил. Скорее, мы хотим обсудить некоторые наиболее существенные рекомендации, среди которых рекомендации по абстиненции занимают особое место, так как они воплощают основной принцип лечебной техники. Мы упоминаем об этом во введении и в главах, посвященных первоначальному интервью, переносу, контрпереносу и аналитическому процессу (гл. 2, 3, 6, 9). Воздержание, конечно, является важным фактором и в базовом правиле психоанализа, и в равномерно распределенном внимании аналитика, что мы рассмотрим более подробно в разделе 7.2.3. Однако проблема воздержания будет рассмотрена и здесь, так как она особенно четко демонстрирует многообразие функций психоаналитических правил и трудности, вытекающие из них.

Существует два аспекта абстиненции в психоанализе: в качестве правила она нацелена на то, чтобы навязать пациенту определенные ограничения, а в качестве рекомендации аналитического нейтралитета — на то, чтобы наложить ограничения на терапевта. Лапланш и Понталис (Laplanch, Pontalis, 1973) определяют принцип абстиненции как «правило, согласно которому аналитическое лечение должно быть организовано так, чтобы гарантировать, что пациент находит как можно меньше замещающих удовлетворений для своих симптомов» (р. 2). Нейтральность — это «одна из определяющих характеристик позиции аналитика во время лечения» (р. 271). По существу, эти два аспекта связаны друг с другом; они основаны, с одной стороны, на особенностях всех профессиональных отношений, с другой — на особенностях аналитической ситуации.

Кремериус (Cremerius, 1984) выразительно описал историю этой концепции и правила абстиненции. Он отметил, что впервые Фрейд был вынужден прибегнуть к этому правилу из-за особых проблем, с которыми он столкнулся во время лечения женщин, страдающих истерией. Их желание конкретных любовных взаимоотношений представляло угрозу профессиональным отношениям. Затем заповедь абстиненции приобрела функцию «правила игры» для обеспечения продолжения анализа: «Любовные отношения фактически разрушают восприимчивость пациента к влиянию аналитического лечения. Сочетание этих двух отношений сделает его невозможным» (Freud, 1915а, р. 166). В этом контексте Фрейд обращается к общепринятой морали, которую он хочет заменить методологическими соображениями. Строго говоря, дело заключается не в общепринятой морали, а в совершенно особой норме, которая устанавливает рамки взаимоотношений между аналитиком и пациентом в виде правила игры.

Однако правило воздержания приобретает большое значение, так как Фрейд пытается заменить нормативную аргументацию аргументацией, ориентированной на его метод. В то время как медицинская этика потребовала бы строго отклонить любовные чувства пациента, Фрейд рекомендует не нарушать их развитие, а скорее использовать с тем, чтобы добраться до подавленных импульсов желаний и лучше их проанализировать. Руководствуясь соображениями не только медицинской этики, но пониманием роли метода, он заявлял, что эротические желания не нужно удовлетворять.

Лечение должно происходить в условиях воздержания. Под этим я понимаю не только физическое воздержание и лишение пациентки всего, чего она желает, так как, вероятно, ни один больной человек не смог бы этого выдержать. Вместо этого я собираюсь выдвинуть в качестве основного принципа необходимость сохранять ее потребности и страстные желания, чтобы они выступали в качестве сил, заставляющих ее работать и добиваться изменений. Но мы должны остерегаться потакать им, используя заменители (Freud, 1915a, p. 165).

Цель этой рекомендации заключается в том, чтобы поддерживать благоприятный потенциал напряжения, который, как предполагается, помогает осуществляться терапевтическому процессу. Следует подчеркнуть, что аргумент Фрейда хорошо обоснован: необходимость поддерживать напряжение можно исследовать и доказать в каждом отдельном случае. Предупреждение терапевту, чтобы он не подавал виду, что уступает желаниям пациента по доброте душевной или по терапевтическим мотивам, также основано на состоятельной аргументации, которую можно подтвердить клиническими наблюдениями.

Однако дело этим не ограничивается. Данные технические аргументы оказываются тесно связанными с допущениями теории инстинкта, которая поддерживает принцип абстиненции и соответствующую позицию строгого нейтралитета со стороны аналитика. Сам Фрейд немало потрудился над этими выкладками. Четыре года спустя после первого изложения правила воздержания он писал:

Аналитическое лечение следует проводить, насколько это возможно, в условиях лишения — в состоянии воздержания... Вы будете помнить, что больным пациент стал из-за *фрустрации* и что его симптомы служат ему в качестве заменителей удовлетворения. Во время лечения можно наблюдать, что любое улучшение состояния снижает темп выздоровления и уменьшает инстинктивную силу, толкающую его к выздоровлению. Но эта инстинктивная сила необходима, ее ослабление ставит под угрозу нашу цель — возвращение пациенту здоровья... Как бы жестоко это ни звучало, мы должны следить за тем, чтобы страдания пациента, которые в той или иной степени являются эффективными, не окончились раньше времени (Freud, 1919a, pp. 162—163).

В этой связи он рекомендует, чтобы аналитик «вновь возбудил их [страдания пациента] в форме некоего ощутимого лишения», обнаруживал «заменители удовлетворения» и «требовал от него [пациента] отказаться от них», с тем чтобы «энергия, необходимая для проведения лечения», не иссякала. Это особенно необходимо в случае скрытых трансферентных удовлетворений. Если в 1915 году Фрейд рекомендовал лишь «благоприятный потенциал напряжения», то теперь он выбирает максимально возможное напряжение, тем самым значительно усиливая правило абстиненции. В пользу этого правила свидетельствуют и теория генезиса симптомов, и экономические соображения.

Мы уже объясняли, что выведение правил из теории иллюзорно и часто вредно, поскольку вопрос о пригодности правил заменяется вопросом об их происхождении. Особенно ярко демонстрирует это правило абстиненции, поскольку оно оказало явно неблагоприятное воздействие на развитие психоаналитической техники. Кремериус (Cremerius, 1984) указывает на то, что специфические особенности лечения истерии без обоснования были введены в лечение других форм неврозов. Желания, характерные для сопротивления у женщин, страдающих истерией, могут иметь совершенно другой смысл для страдающих обсессивным, фобическим неврозом или неврозом тревоги. Беспокойство аналитика по поводу того, что пациент найдет тайное замещающее удовлетворение в переносе, приводит его к защитному подходу. Функция правила абстиненции при этом уже заключается не в том, чтобы создавать благоприятный потенциал напряжения и тем самым активизировать развитие, а скорее в том, чтобы предупредить развитие в сторону, вызывающую опасение. Концепция необходимости разочарования как мотивирующей изменение силы стала более чем сомнительной и, кроме того, отвлекла внимание от неблагоприятных последствий, оказываемых на терапевтический процесс преувеличенной нейтральностью со стороны аналитика.

Аргументы теории инстинкта не являются необходимыми, чтобы оправдать требование *нейтралитета* со стороны аналитика, оно может быть подтверждено также и методологически. Призыв к нейтральности относится к различным областям деятельности аналитика: при работе над материалом, предложенным пациентом, не следует искать для себя преимуществ; чтобы избежать удовлетворения терапевтических амбиций, нужно отказаться от суггестивных техник; при решении проблемы целей рекомендуется не следовать своим собственным ценностям; и, наконец, при контрпереносе аналитик должен отказаться от любого скрытого удовлетворения собственных инстинктивных желаний.

Как фундаментальный принцип психоаналитического метода правило нейтральности имело с самого начала огромное значение для обеспечения объективности и установления психоаналитической идентичности. Научный идеал играл решающую роль. По этим причинам вряд ли какое-нибудь другое правило психоанализа подвергается такой же опасности абсолютизации. Одновременно возникло и широко распространилось движение противоположного характера. В 1981 году ни один из членов Американской психоаналитической ассоциации не высказался в пользу безусловного соблюдения строгой аналитической нейтральности (Leider, 1984). Опыт Фрейда показал, что иногда можно допустить большее, а иногда меньшее удовлетворение потребностей, и это заставило его занять более гибкую позицию по отношению к правилу абстиненции.

Мы тоже не имеем ничего против прагматических компромиссов, пока они совместимы с медицинской этикой и их целесообразность может быть методологически доказана. Мы хотим сделать следующий шаг и заявляем, что в настоящее время психоаналитики могут смотреть на правило абстиненции более широко. Как уже говорилось, беспокойство специалистов по поводу того, что, возможно, пациенту будет позволено слишком большое удовлетворение, значительно усиливается, если следовать теории инстинкта. Под ее воздействием был установлен идеал полного воздержания с целью увеличения эндопсихического давления посредством отрицания эдипова удовлетворения и направления психической энергии (выход, который таким образом блокирован) на оживление воспоминаний.

Несмотря на продолжающееся использование этого жаргона, большинство аналитиков отказалось от теории катексиса (то есть принципа экономии) в своей клинической работе. Процесс начался десятилетия тому назад, когда Балинт (Balint, 1935), отталкиваясь от того, что Фрейд пренебрег альтернативной теорией ласки, приписал нежности особую важность. Пока одобрение и вознаграждение не принимаются ошибочно в качестве сексуальных стимулов, тревога аналитика о том, что малейшая уступка поведет дело по неправильному пути, необоснованна.

Освобождение от пут правила абстиненции можно отчетливо увидеть в технике нарциссического удовлетворения Кохута. Ввиду того что мы сильно сомневаемся в независимом существовании нарциссизма, мы полагаем, что нарциссическое удовлетворение может иметь дополнительное эдипово значение и поэтому обязательно отразится на либидозном переносе. Тем не менее Кохут прав, когда говорит, что правило абстиненции должно сегодня пониматься иначе. В связи с многофункциональностью правил, о чем мы уже упоминали, изменения в одной области достаточно, чтобы трансформировать целое.

## 7.2 Свободная ассоциация: фундаментальное правило терапии

### *7.2.1 Характерные черты и развитие*

Свободные ассоциации занимают первое место не только в иерархии правил. В письме С. Цвейгу от 7 февраля 1931 года Фрейд (1960а, pp. 402—403) отметил, что техника свободных ассоциаций рассматривалась многими как самое важное достижение психоанализа. Джонс (Jones, 1954, p. 265) считает разработку метода свободных ассоциаций «одним из двух величайших деяний научной жизни Фрейда; другим является самоанализ, благодаря которому он научился исследовать сексуальную жизнь ребенка, включая знаменитый эдипов комплекс». Джонс исходит из того, что в толковании сновидений свободные ассоциации помогают найти путь к латентным мыслям сновидения. Формирование сновидений может быть реконструировано, потому что «когда отбрасываются *сознательные* целевые идеи, то контроль за текущими идеями берут на себя *скрытые* целевые идеи» (Freud, 1900a, p. 531). Ассоциации рассматриваются в качестве индикаторов этих целенаправленных идей и фантазий, которые не могут быть постигнуты пациентом без интерпретирующей помощи аналитика, так как они находятся в психодинамическом бессознательном.

Лишь позднее свободным ассоциациям был придан статус фундаментального правила. Фрейд сделал в третьем лице отчет о своей собственной технике, в котором описывал ее развитие следующим образом:

> Автор попытался настаивать на том, чтобы его *не находящиеся под гипнозом* пациенты сообщали ему о своих ассоциациях. С помощью полученного таким образом материала он мог найти путь, ведущий к тому, что было забыто или отвергнуто. Позже он заметил, что нет необходимости сильно настаивать, что в сознании пациента почти всегда возникает обильный поток идей. Но идеям мешают передаваться и даже осознаваться некоторые препятствия, создаваемые самим пациентом. Следовало ожидать, хотя это было все еще не доказано и лишь позже подтверждено множеством экспериментальных данных, что все, что приходит в голову пациенту с какого-то начального момента, также должно было иметь внутреннюю связь с этим начальным моментом. Отсюда проистекает техника обучения пациента тому, как отбросить свою критическую установку и использовать материал, извлеченный таким образом на свет для раскрытия искомых связей (Freud, 1923a, p. 238).

Строго говоря, два немецких слова, «Einfall» и «Assoziation», очень различные по смыслу, обычно переводятся на английский язык как «association» (ассоциация), а часто и в немецком употребляются как синонимы. Хорошая «Einfall» (внезапно возникшая мысль, идея) содержит в себе творческое начало, в то вре-

мя как слово «Assoziation» подчеркивает связь. По крайней мере в субъективном опыте «Einfall» является выражением мыслительного процесса, который ведет к новой конфигурации. «Assoziationen» пациента, однако, собираются в единое осмысленное целое аналитиком. Как отметил Нидерланд (см.: Seidenberg, 1971), «Einfall» обладает интегрирующей функцией, которая близко подводит к инсайту.

Стрэчи в примечании к своему переводу глав «Лекций по введению в психоанализ», посвященных ошибочным действиям, затронул трудность передачи на английский язык слова «Einfall»:

Если человек думает о чем-то и мы говорим, что у него возник Einfall, при этом подразумевается лишь то, что нечто новое возникло в его сознании. Но если мы говорим, что у него возникла «ассоциация», это, по-видимому, означает, что нечто возникшее в его сознании связано для него каким-то образом с тем, о чем он думал раньше. Значительная часть обсуждаемого на этих страницах касается того, является ли вторая мысль в действительности связанной (или обязательно связанной) с первоначальной — является ли «Einfall» «ассоциацией». Так что переводить «Einfall» как «ассоциация» означает торопиться с выводами. Тем не менее не всегда легко избежать этого, особенно потому, что Фрейд сам иногда употреблял немецкое слово «Assoziation» в качестве синонима «Einfall», особенно в сочетании «freie Assoziation», которое нельзя перевести иначе, чем «свободная ассоциация». В настоящем обсуждении были предприняты все возможные попытки, чтобы избежать двусмысленности, даже ценой использования громоздких выражений. Позже необходимость избегать слова «ассоциация» станет менее настоятельной (Freud, 1923a, p. 48).

Контекст открытия и происхождения термина «свободные ассоциации» запутанным образом — и это не может быть иначе — переплетается с историей идей. Мы ограничимся несколькими замечаниями по поводу современного этому исторического контекста. Традиции школы Гельмгольца, к которой (через своего учителя Брюкке) принадлежал Фрейд, подводили психические феномены под постулат непрерывного психического детерминизма, к которому Фрейд тогда относил и свободные ассоциации. В прошлом веке на психологию столь же сильное влияние оказали Гербарт и Фехнер; Фрейд был знаком с их идеями благодаря своему учителю Мейнерту и его ассоциативной теории. Гербарт сформулировал также такие понятия, как «внутренняя апперцепция» и «свободно возникающие идеи», рассматривая их как динамические сущности, то есть с точки зрения их взаимного торможения. Однако теория появления понятия «свободные ассоциации» не ограничивается развитием только научной мысли. Так, Бакан (Bakan, 1958) предполагает, что это понятие может быть связано с техникой медитации еврейского мистицизма.

Здесь не место обсуждать новизну термина «свободные ассоциации» в сравнении с различными его предшественниками.

Определенно то, что техника Фрейда постепенно развивалась из гипноза и катартического метода Брейера. Свободная ассоциация очень помогла Фрейду во время самоанализа. С современной точки зрения не будет преувеличением сказать, что, экспериментируя на самом себе, Фрейд при помощи ассоциаций обнаружил важность фантазирования для распознавания бессознательных психических процессов (Freud, 1926c).

Ассоциативная психология играла роль «крестного отца» для метода свободной ассоциации. Выяснилось, что ассоциации пациента, которые на основе их сцепленности и скрещения могут быть объединены в серии, управляются «бессознательными комплексами». Вкратце можно сказать, что «комплекс», открытый Юнгом (Jung, 1906) при управлении реакциями в экспериментальных исследованиях ассоциаций, находит своего более раннего двойника в идее Фрейда о том, что все психические явления определяются бессознательными желаниями. В ранних комментариях на эту тему (1906c, p. 112) Фрейд говорил: «Цель психоанализа абсолютно однообразна в каждом случае: следует раскрыть комплексы, которые в силу неприятных чувств были подавлены и которые продуцируют знаки сопротивления, если предпринимается попытка перевести их в сознание». Фрейд пытался добраться до этих комплексов с помощью гипнокатарсиса, процедуры надавливания и, наконец, путем свободных ассоциаций. Он отмечал, что исследования ассоциаций Юнга сделали возможным «прийти к быстрому экспериментальному подтверждению психоаналитических наблюдений и прямо продемонстрировать студентам определенные связи, о которых аналитик мог им только рассказывать» (Freud, 1914d, p. 28).

Метод свободных ассоциаций — фундаментальное правило психоанализа, — по мнению Фрейда, находится в традиции экспериментальной психологии Вундта, которую продолжил Юнг в своих ассоциативных экспериментах. Критическая историческая оценка ассоциативной теории имела значительные последствия для нашего понимания фундаментального правила (Rapaport, 1974; Bellak, 1961; Colby, 1960; Wyss, 1958). Из исследования Зилборга (Zilboorg, 1952, p. 492) мы знаем не только то, что Фрейд был знаком с английской школой ассоциативной психологии (хорошо известно, что он перевел работу Джона Стюарта Милля), но также и то, что он мог знать об эксперименте, который впервые поставил на себе не кто иной, как Гальтон.

Поскольку терапия заключается в том, чтобы из частей составить целое, связывая элементы подобно кусочкам в мозаике, принципы гештальтпсихологии, выдвинутые Бернфельдом (Bernfeld, 1934), применялись с самого начала. Из-за важности этого сравнительно малоизвестного и, по нашим сведениям, не-

переводившегося отрывка этой работы хотелось бы привести из него подробную цитату:

> Интерпретация сновидений, терапевтический процесс психоанализа, каждый отдельный сеанс и обширные области прикладной исследовательской работы психоаналитиков — все это основано на серии мыслей, образов и аффектов, которые, по существу, присутствуют в словах и предложениях, предъявляемых терапевту или исследователю. Его задача, или предварительная задача, состоит в том, чтобы узнать закон их следования. На основе этого закона он может объяснять, интерпретировать и влиять. В обедненной терминологии ранней психологии «идея» (Vorstellung) было словом, которое использовалось для описания исследовательского материала психоанализа, что даже тогда было весьма неточным, хотя и отвечавшим первоначальной цели, термином. Последовательности, закон которых аналитик должен был открыть, могут быть таким образом приблизительно обозначены как ассоциации идей. В ранний период психоанализа было тем более оправданно говорить об ассоциациях, поскольку последовательности обычно не связывались с объектами (object-related), но скорее объяснялись «внутренними» силами и целями. Однако это ни в коей мере не превращает психоанализ в «ассоциативную психологию» (Bernfeld, 1934, p. 43).

Переход от сосредоточенности на теме к свободным ассоциациям произошел благодаря опыту, который Фрейд приобрел, леча своих пациентов, опыту, приведшему его к признанию «сопротивления» и «переноса» как конституирующих черт бессознательных диспозиций пациента. Материал, который в гипнозе был совершенно скрытым (и, таким образом, недоступным для терапевтической разработки), с введением нового метода мог быть понят как существенный. Здесь мы обращаемся к тесной взаимопереплетенности и взаимозависимости между сущностью и методом психоанализа, а также к плодотворным последствиям, которые свободные ассоциации должны были иметь для дальнейших теоретических соображений Фрейда.

Фактор, достойный того, чтобы его отметить, — это помощь, которую Фрейд получил от своих пациентов в развитии метода свободных ассоциаций. Эмми фон Н., например, ответила на его настоятельные поиски истоков одного симптома, сказав, что ему не следует всегда спрашивать, откуда пришло то или это, но позволить ей сказать то, что она хочет сказать (Freud, 1895d, p. 63). Разговор, который затем состоялся в духе свободных ассоциаций, был не «таким бесцельным, как могло показаться. Напротив, он содержал довольно полное воспроизведение воспоминаний и новых впечатлений, которые повлияли на нее со времени нашей последней беседы, и он часто ведет, совсем неожиданным путем, к патогенным воспоминаниям, от которых она освобождается без всяких вопросов» (Freud, 1895d, p. 56). Это «освобождение», кажется, находится совсем рядом с «отреагированием» (abreaction). Как отмечал Фрейд (1895d, p. 56), начиная с этого момента Эмми фон Н. спонтанно вставляла свои

мысли в разговор в качестве «дополнения к ее гипнозу». С открытием свободных ассоциаций родилось «лечение разговором» как отражение спонтанности личности и свободы мнений.

В дополнение к этому произошел поворот от прежней пассивности пациента — ответы на вопросы или «отреагирование» в гипнокатарсисе — к его активному участию в построении диалога. Расширение лечебной техники способствовало развитию метода свободных ассоциаций. Фрейд подчеркивал (1900а, pp. 102—103), что для некоторых пациентов было трудно делиться мыслями, которые приходили им в голову. В то же время он отмечал: «Тем не менее... принятие позиции некритического самонаблюдения ни в коей мере не является трудным. Большинство пациентов добиваются этого после получения первых инструкций» (р. 103). Свободная ассоциация в противоположность ранней гипнотической технике развивалась в направлении «разговора между двумя одинаково бодрствующими людьми» (Freud, 1904а, р. 250).

### *7.2.2 Инструктирование пациента о фундаментальном правиле*

Контекст, в котором пациент инструктируется о фундаментальном правиле, требует *специального* внимания. Часто формальные моменты, связанные с лечением, а именно ограничительные соглашения об оплате, времени сеансов и выходных днях (ни один из этих вопросов у большинства людей не возбуждает особенно приятных чувств), обсуждаются одновременно на одном и том же сеансе, что и фундаментальное правило. И фактически различные аспекты соглашения так тесно связываются, что фундаментальное правило очень часто ошибочно воспринимается почти как эквивалент контракту, подобно договоренностям о гонораре и процедуре, которой придерживаются в случае перерывов и пропуска сеансов. Тревоги, уже имеющиеся у пациента, усиливаются из-за непривычной необходимости раскрывать свои самые главные тайны незнакомому человеку. Во время информирования о фундаментальном правиле многие пациенты думают о том, что они решили держать при себе, о чем, если повезет, мы услышим позже. Во всяком случае, сначала истории рассказываются без особого удовольствия. Фрейд пытался с помощью анекдота пояснить, почему пациенту никогда нельзя позволять в виде исключения сохранять свои тайны: если бы возле церкви Св. Стефана было создано убежище для венских бродяг, то именно там они и оставались бы (Freud, 1916/17, р. 288).

Фундаментальное правило вступает в конфликт с привычными идеалами и нормами поведения пациента, которые являются

функциями Супер-Эго. Пациент относит требование свободной ассоциации к той же категории, что и целую серию старых предписаний (мощное противодействие которым уже забылось). Является ли на самом деле борьба за строгое соблюдение фундаментального правила неизбежной, как считала А.Фрейд (A.Freud, 1937)? Решающим является то, как пациент переживает фундаментальное правило. Это переживание, очевидно, не предварительно существующая величина, а величина ситуативная и процессуальная: чем более священным выступает фундаментальное правило, тем сильнее противодействие! Слова имеют свой собственный вес, создающий свою реальность. Использовать термины борьбы — значит вызывать к жизни борьбу. Следует ли сражаться вообще, когда лишь упоминание об этом будит противодействие, а пациент хотел бы хоть раз наконец выиграть?

Существует много способов самоутверждения. Аналитический опыт показывает, что очень многое бывает символически связано с *reservatio mentalis*: многие пациенты сохраняют некий секрет долгое время или навсегда. Согласно аналитической теории, производные от этого секрета и его бессознательные корни должны войти в процесс лечения *косвенно*. В этом случае можно ожидать, что симптомы укажут на психодинамически эффективный, то есть патогенный, фокус.

Фрейд не разрешал делать никаких исключений из фундаментального правила и заставлял своих пациентов соблюдать абсолютную честность. По его мнению, практика подтверждает, что делать исключения не имеет смысла. В одном случае, когда он дал разрешение сделать исключение, пациент, высокопоставленный чиновник, связанный клятвой соблюдать служебную тайну, был доволен результатом лечения. Однако сам Фрейд не был удовлетворен и приписывал свою неудовлетворенность тому, что он сделал это исключение (Freud, 1916/17, pp. 288—289).

Но какой смысл заставлять пациента быть честным, если известно, что абсолютной честности противостоит внутреннее сопротивление? Требование абсолютной честности усиливает угрызения совести пациента и его бессознательное чувство вины, что ведет к реакциям, которые негативно влияют на терапию. Мы неоднократно убеждались, что скорее стоит не бороться за соблюдение фундаментального правила, а допускать исключения из него, надеясь и веря, что установление взаимоотношений доверия в конце концов создаст у пациента ощущение достаточной безопасности и он сможет поделиться своими самыми сокровенными тайнами. У Фрейда, кажется, был подобный опыт: «Постоянно обнаруживается, насколько невелик эффект подобных соглашений, заключенных с пациентами, при объяснении фундаментального правила» (Freud, 1913c, p. 135).

Наше критическое отношение к авторитарным формулировкам фундаментального правила не следует понимать как призыв к его отмене. Надеемся, однако, что наши аргументы внесут вклад в такое применение этого правила, которое будет способствовать ощущению свободы у пациента и его способности к сотрудничеству. Гилл (Gill, 1984, личное сообщение) привлек внимание к тому факту, что использование ассоциаций пациента в целях интерпретации, без ознакомления его с сутью фундаментального правила, является не признаком терпимости, но скорее признаком скрытого авторитаризма. Пациент должен знать, что он может содействовать процессу лечения и облегчить (или затруднить) задачу аналитика. *Сознательное* вынесение за скобки некоторых тем и подавление ассоциаций представляют собой осложнение, которое часто усиливается ятрогенным образом: пациент борется против нарисованной аналитиком карикатуры.

Призыв к свободной ассоциации, казалось бы, ведет к дилемме. В той мере, в какой пациент делает сознательные попытки свободно принимать решения, он может что-то сказать. Правило должно поощрять его отбросить сознательную селекцию в пользу спонтанной свободной игры мысли. Если же описываемые пациентом чувства и мысли рассматриваются с точки зрения их детерминации, они кажутся *несвободными* в том смысле, что они мотивированы. Пациент не может контролировать латентное содержание мотивации, так как развертывание бессознательных и предсознательных мыслей и желаний нарушается так называемой цензурой. Интерпретативная помощь в преодолении цензуры позволяет пациенту осознать свою зависимость от бессознательных желаний и настоятельных нужд, так же как и обогащение своих мыслей, в результате того, что он вновь получил к ним доступ. Таким образом, свободная ассоциация не ведет к настоящему, кажущемуся даже неразрешимым логическому парадоксу, хотя она, конечно, отражает противоречия, присущие напряжению между зависимостью и автономией. Правило можно даже рассматривать как символ противоречия: мы становимся свободнее, когда примиряемся с нашей зависимостью от нашего тела, его потребностей и от близких, на которых мы все полагаемся.

В ознакомлении пациента с фундаментальным правилом одной из напрашивающихся техник является использование *метафор*, которые могут увести от строго обязательного «вы *должны* сказать все» к внутренне свободному «вы *можете* сказать все». Сумеют ли метафоры (о них сообщается в литературе, и некоторые из них мы хотели бы обсудить теперь) выполнить эту функцию, зависит от многих факторов, и не в последнюю очередь — от их семантического содержания.

Приведем знаменитую метафору Фрейда о путешествии:

Вопрос «С какого материала начинать лечение?» в целом не имеет значения — будет ли это история жизни пациента, или история его болезни, или воспоминания детства. Следует позволить пациенту говорить и самому свободно выбрать, с какого места начать. Поэтому мы говорим ему: «Прежде чем я смогу что-то сказать вам, я должен многое о вас узнать. Пожалуйста, расскажите о себе».

Единственное исключение — пациент должен соблюдать фундаментальное правило психоаналитической техники. Это следует сообщить ему в первую очередь: «Еще одна вещь, прежде чем вы начнете. То, что вы расскажете мне, должно в одном отношении отличаться от обычной беседы. Как правило, вы стараетесь провести связующую нить через все ваши рассуждения и исключаете побочные мысли, второстепенные темы, которые могут у вас возникнуть, чтобы не отойти слишком далеко от сути. Однако сейчас вы должны действовать иначе. Вы заметите, что в ходе рассказа будут появляться различные мысли, которые вы хотели бы отложить в сторону из-за критического к ним отношения и потому, что они возбуждают возражения. Вы будете испытывать желание сказать себе, что то или иное не относится к делу, или совершенно неважно, или бессмысленно и потому нет необходимости об этом говорить. Вы никогда не должны поддаваться этой критической установке, наоборот, несмотря на нее, вы должны сказать *это* именно *потому*, что чувствуете отвращение к этому. Позднее вы увидите и научитесь понимать причину этого предписания, единственного, которому необходимо следовать. Так что говорите все, что бы ни приходило вам в голову. Действуйте так, как будто вы путешественник, сидящий у окна вагона и описывающий кому-то, находящемуся в глубине купе, сменяющиеся виды. И наконец, никогда не забывайте, что вы обещали быть абсолютно честным, и ничего не исключайте из-за того, что по той или иной причине об этом рассказывать неприятно» (Freud, 1913c, pp. 134—135).

Эта метафора показывает, что подразумевается под словом «свободная», а именно не исключать чего-либо сознательно или намеренно. В то время как Фрейд использовал метафору о путешествии на большое расстояние, Штерн (Stern, 1966, p. 642) предпочитает аналогию с опасным путешествием в ограниченном пространстве. Он говорит пациенту, что кабинет аналитика подобен рубке подводной лодки, и просит его смотреть в перископ и описывать все, что он видит. Ни один аналитик не будет испытывать затруднений в подборе ассоциаций, возможно варьирующихся от левиновского «чистого экрана сновидений» (открытое море) (Lewin, 1946) до проективной идентификации (вражеский корабль), не говоря уже о глубоководной регрессивной тенденции у Ференци (thalassal regressive trend). Но как себя будет чувствовать пациент в тесной рубке? Сначала метафора может понравиться ему, потому что он видел в «Нью-Йоркере» карикатуру, представляющую бессознательный близнецовый перенос Кохута в виде двух командиров подводных лодок, наблюдающих друг за другом через перископы, чтобы вести суда одинаковым курсом. Однако более вероятно, что ему не придет в голову подобная шутка для снятия стресса, не говоря уже

о том, что мы тоже не видели такой карикатуры, а придумали ее сами.

Давайте предположим, что пациент никогда не был в рубке подводной лодки и у него мало личного опыта в отношении аналитической ситуации, что он не слишком заторможен и у него есть некоторая доля сообразительности. Что ответит аналитик, если первой свободной ассоциацией пациента будет просьба к командиру подводной лодки показать ему, как работает перископ, так как у него нет опыта работы с ним и он ничего не видит? Аналитик может тогда облегчить свою работу и ждать дальнейших ассоциаций, по возможности познакомив пациента с другим правилом: ответы на вопросы обычно не даются, их получают с помощью последующих ассоциаций самого пациента. Мы предоставляем читателю возможность решить, выросло или уменьшилось доверие пациента к командиру к концу этого воображаемого диалога. Очевидно, реакция на такую метафору фундаментального правила будет ироничной.

Большинство аналитиков не считают легким делом перевести «священное правило» (Freud, 1916/17, p. 288) в продуктивную светскую форму. Различные предпочтительные формулировки правила обсуждались в мельчайших деталях. Приведем некоторые примеры.

Альтманн (Altmann, 1976) говорит пациенту: «Вам дается право говорить здесь все что угодно». Гловер (Glover, 1955) высказывает критику:

> Чаще всего правило ассоциации сообщается пациенту в следующей форме: «Говорите о том, что у вас на уме». И пациент принимает это так, как будто подразумевается: «Говорите, о чем вы думаете». А если бы инструкции были другого характера, например такие: «Расскажите мне также все о ваших *чувствах* по мере того, как вы наблюдаете их возникновение в вашем сознании», то в огромном числе случаев с необходимостью возникло бы и соответствующее идеационное содержание (p. 300).

Шафер (Schafer, 1976) по поводу фундаментального правила говорит о следующем: «Я ожидаю, что вы будете рассказывать мне о себе во время каждого посещения. По ходу рассказа вы заметите, что воздерживаетесь от высказывания некоторых вещей» (p. 147). Шафер продолжает: «По сравнению с вопросом «Что приходит на ум?» концептуально и технически более точно модели действия соответствует вопрос: «Что вы думаете в связи с этим?», или «Что вы теперь с этим связываете?», или "Если вы думаете об этом сейчас, о чем вы думаете вслед за этим?"» (p. 148). Он отбрасывает формулировки, подобные, например, таким: «Говорите все, что приходит на ум», и их варианты: «Что это вам напоминает?», «Что вам приходит в голову?», говоря, что их содержание увеличивает пассивность и поощряет регрессию. Он считает такие формулировки остаточными элементами

гипноза, которые означают отказ пациента от ответственности за собственные производимые во внутреннем плане действия. Обращаясь к действующему, думающему пациенту, Шафер с самого начала расширяет его ответственность за включение бессознательных мотивов. Пациент, таким образом, является уже не пассивным наблюдателем своих ассоциаций, но их активным создателем. Язык действий Шафера расширяет сферу ответственности индивида за включение бессознательных желаний.

Спенс (Spence, 1982) критиковал формулировки Шафера потому, что они усиливают и без того достаточно сильный аспект фундаментального правила, связанный с Супер-Эго. То, что наш характер раскрывается нашими ассоциациями, не означает, что их можно считать мотивированными действиями, за которые мы несем ответственность как за наши поступки. Эта ответственность существует только в более широком смысле, как объясняет Мур (Moore, 1980).

Нельзя достигнуть определенного уровня ответственности за бессознательно мотивированные речевые акты, пока ассоциации не будут *присвоены* как часть собственного Эго. Терапевтическая проблема заключается в том, как аналитик может облегчить процесс присвоения, то есть в том, как он ведет борьбу за соблюдение фундаментального правила. Решающее значение имеет успех аналитика в постепенном, но быстром ознакомлении пациента с фундаментальным правилом таким образом, чтобы он начал следовать ему охотно, потому что с помощью аналитика ассоциации приводят его к обогащающим открытиям в отношении себя.

Моргенталер (Morgenthaler, 1978) привел некоторые поразительные примеры этому и противопоставил их тем искажениям, которые возникают при передаче фундаментального правила способом, усиливающим Супер-Эго пациента. Одна пациентка даже совершенно неправильно поняла широко распространенный вопрос: «О чем вы думаете?» Вместо того чтобы воспринять его как поощрение, она поняла его как упрек: «Ну, о чем вы *думаете*?» Это необычное недоразумение привлекает наше внимание к бессознательному подтексту, который этот вопрос может содержать для многих пациентов. Остается надеяться, что аргументы Моргенталера изменят отношение к фундаментальному правилу и положат конец спорам, которые продолжаются в течение десятилетий. Литтл (Little, 1951, p. 39) выдвигала подобный аргумент более тридцати лет назад: «Мы больше не «требуем» от наших пациентов говорить нам все, что у них на уме. Напротив, мы даем им разрешение делать это». Е.Крис (E.Kris, 1956a, p. 451) предполагает, что для структуры аналитической ситуации изменение акцентов будет иметь далеко идущие последствия: ситуация делается более личной, когда аналитик не

требует свободной ассоциации, но разрешает ее, подобно родителю, который не запрещает плохого поведения.

Мы считаем недостаточным изложить фундаментальное правило только один раз. Однако мы не слишком полагаемся, например, на пробный анализ, в который вводятся свободные ассоциации, как это предложил Гринсон (Greenson, 1967). Цель Гринсона — оценить способность пациента к свободному ассоциированию, которая варьируется в огромной степени и, безусловно, зависит от болезни пациента. Были описаны типичные ограничения и сопротивление ассоциированию. В соответствии с нашим общим подходом особый интерес при обсуждении фундаментального правила вызывает вопрос, что должен делать аналитик, чтобы облегчить — или даже сделать вообще возможным — следование этому правилу.

Несмотря на провокационное название статьи Шлиффена (Schlieffen, 1983) — «Психоанализ без фундаментального правила», — он отнюдь не рекомендует покончить со свободным ассоциированием; без него анализ будет потерян. Ссылаясь на Моргенталера (Morgenthaler, 1978), он показывает, что строгое внедрение фундаментального правила может оказать искажающее влияние на способность пациента к ассоциации.

Хотелось бы пояснить эту позицию, выяснив, будет ли с точки зрения ассоциативной теории метафорическое введение Штерном (описанное выше) фундаментального правила способствовать или препятствовать свободному ассоциированию и развитию терапевтической регрессии. Поскольку кабинет аналитика обычно мало похож на рубку подводной лодки, трансферентно-невротические ассоциации в отношении профессионального окружения аналитика будут затруднены. Метафора переносит пациента в ситуацию совершенно ему чуждую, делая его еще более беспомощным, чем он есть на самом деле. Конечно, вопрос относительно терапевтической техники заключается не только в том, как аналитик вводит фундаментальное правило, но и что́ он предпринимает в дальнейшем, чтобы облегчить или затруднить свободное ассоциирование.

Требование Фрейда строго соблюдать фундаментальное правило удивительно, если учесть его скептицизм относительно выполнения соглашений (начиная с работ по технике и вплоть до описания заключения «пакта» (Freud, 1940a)). Сегодня оно должно быть проанализировано с точки зрения производимого им эффекта [«никогда не забывайте, что вы обещали быть абсолютно честным» (Freud, 1913c, p. 135)]. Для аналитика недостаточно, как предлагал Эпштейн (Epstein, 1976), говорить скорее об «основном условии», чем об «основном правиле». Эпштейн считает, что в противоположность слову «условие» слово «правило» ясно и точно отсылает к функциям Супер-Эго. Однако, безус-

ловно, дело не только в том, чтобы снизить аспект Супер-Эго, который несет фундаментальное правило, изменив терминологию. Можно, как Альтманн (Altmann, 1976), усомниться, будет ли пациент когда-либо чувствовать себя настолько непринужденно в терапевтической ситуации, что исчезнет первоначальное беспокойство. Вряд ли пациент будет думать о приятной стороне ассоциирования, когда его знакомят с фундаментальным правилом.

Каким образом пациент воспринимает то, что сказал аналитик, зависит от выбора как времени, так и слов. Чем больше Супер-Эго, тем меньше свободного ассоциирования. Именно исходя из этой формулы мы советуем аналитику знакомить пациента с правилами шаг за шагом, уделяя особое внимание выбору времени, слов и прежде всего реакциям пациента. Все высказывания аналитика по поводу правил важны для трансферентных отношений, и то, как он реагирует на вопросы пациента, особенно о фундаментальном правиле, влияет и на перенос, и на рабочий альянс.

Для оценки специфического контекста полезно, как мы уже говорили, привлекать ассоциативную теорию. Как можно предполагать, что пациент научится извлекать удовольствие, рассказывая истории, когда одновременно он слышит о строгих обязательствах относительно оплаты и посещаемости, которые он должен соблюдать в течение неопределенно долгого времени. Обсуждение выходных дней и продолжительности лечения (существует много способов, как это сделать) изменяет тот набор смыслов, который возникает в связи с различными формулировками фундаментального правила.

На общей дискуссии (Seidenberg, 1971, p. 107) Гринсон сказал, что он дает подробную информацию, подчеркивая преимущества позиций кушетка—стул и отсутствия контакта глазами. Гринсон также полно отвечает на вопросы пациента. Его стремление угождать заставило одного аналитика из аудитории задать, возможно с долей сарказма, вопрос, что Гринсон делает, если пациент просит его продемонстрировать свободное ассоциирование. Гринсон ответил, что он это сделает, но только после того, как попытается выяснить, что заставило пациента попросить его об этом[1].

Один из наших пациентов понял рекомендацию более свободно следовать за своими фантазиями лежа на кушетке, а не

[1] Мы рассматриваем ответы на вопросы в разделе 7.4, в котором и объясняем, почему считаем гипотетический ответ Гринсона неправильным. Знание мотивации не прояснит ситуацию так, как это сделает разделение задач. Пациент должен знать, что свободная ассоциация является задачей его, а не аналитика.

сидя на стуле в том смысле, что ему не разрешают направлять свой критический взгляд на аналитика. Такое явное недоразумение, появлению которого способствовал и аналитик, разъяснилось в ходе анализа очень нескоро. Коррекция последствий этого недоразумения, сказавшихся на бессознательных защитных механизмах пациента, была трудоемкой и заняла много времени.

По описанным причинам следует тщательно избегать неблагоприятного смешения понятий. Поэтому формулировка, которую мы рекомендуем, звучит следующим образом: «Пожалуйста, попытайтесь говорить все, что вы думаете и чувствуете. Вы обнаружите, что это нелегко, но стоит постараться». Мы придаем особенное значение рекомендации пациенту *попытаться* сказать все. Остальное, как нам кажется, имеет второстепенное значение. Преимущество некоторой стандартизации заключается в том, что аналитик может вернуться к определенному отправному пункту, если пациент начинает обсуждать видоизменяющиеся «недоразумения» или то, как он понял правило. С другой стороны, точное определение условия содержит опасность ритуализации, не учитывающей, каким образом нужно варьировать введение фундаментального правила для каждого отдельного пациента. Пациенты из так называемых низших классов особенно подвержены отпугивающему воздействию на них стереотипных формулировок (Menne, Schröter, 1980).

### *7.2.3 Свободная ассоциация в аналитическом процессе*

Согласно одной из распространенных точек зрения, пациент развивает способность свободно ассоциировать лишь на поздних этапах курса лечения. Часто говорят, что, когда пациент по-настоящему способен ассоциировать свободно, цель лечения достигнута (Merloo, 1952, p.21).

Структура первых сеансов и то, как объясняется свободное ассоциирование, не могут нейтрализовать даже сознательное сопротивление пациента, не говоря уже о его бессознательном сопротивлении. Тем не менее необходимо понимать, какие непредвиденные побочные эффекты могут вызывать строгие правила, если они вырождаются до принудительной исповеди и стремления получить наказание.

В борьбе за соблюдение фундаментального правила (A.Freud, 1937) сталкиваются свободная, спонтанная, неселективная коммуникация пациента и его сопротивление такой коммуникации. Теория сопротивления касается связи ассоциации с сознательным и бессознательным противодействием, которое она встречает. Современная типология форм сопротивления и различные объяснения их (которые мы обсуждали в разделе 4) восходят к наблюдению сопротивления ассоциированию.

Фрейд писал:

> Таким образом, психическая сила, неприятие со стороны Эго, первоначально оттеснила патогенную идею из ассоциации и сопротивляется теперь ее возвращению в память. «Незнание» истерического пациента — это в действительности «нежелание знать» — нежелание, которое в большей или меньшей степени может быть сознательным. Задача терапевта поэтому лежит в преодолении с помощью психической работы этого сопротивления ассоциированию (Freud, 1895d, pp. 269—270).

Мы слишком далеко ушли бы от техники лечения, если бы стали здесь обсуждать теории, которые использовал Фрейд в попытке объяснить наблюдаемое им сопротивление ассоциациям. Вскоре он понял (Freud, 1904a), что внутреннее сопротивление, выступающее в роли цензора, оказывает деформирующее влияние на все душевные процессы.

Одной из важных мер свободы, завоеванной пациентом, является его способность отдаться своим ассоциациям в безопасном пространстве аналитической ситуации. Учитывая, что аналитику приходится наблюдать это ежедневно, остается лишь удивляться тому, что проведено так мало детальных исследований ассоциирования. Говоря это, мы опираемся на исчерпывающий обзор Мэхони (Mahony, 1979), которому обязаны также другими важными соображениями.

Мэхони сетует, что соответствующая психоаналитическая литература состоит в значительной степени из свободных ассоциаций по поводу свободной ассоциации. Примеры, приводимые А.Крисом (A.Kris, 1982), довольно характерны; большинство аналитиков рассматривают все, что передает пациент, устно или другим образом, как свободные ассоциации. Подобно Канцеру (Kanzer, 1961), Крис включает в процесс свободной ассоциации все: соглашение о встречах и гонораре, приход и уход из консультационного кабинета, положение, которое пациент принимает на кушетке, и т.д. Все можно счесть проявлением свободной ассоциации.

Крис понимал метод и процесс свободной ассоциации обобщенно: это взаимный процесс, в котором пациент пытается выразить все свои мысли и чувства, а аналитик, руководимый своими собственными ассоциациями, помогает ему выполнить эту задачу (A.Kris, 1982, pp. 3, 22). Способность ассоциировать свободно (или более свободно) можно рассматривать как выражение внутренней свободы и, таким образом, как желаемую цель лечения.

Казалось бы, все правильно. Однако вовсе не сопровождающие ассоциации аналитика и не равномерно распределенное внимание как таковое способствуют прогрессу пациента. Огромное значение имеет то, как у аналитика возникают полезные интерпретации и какое воздействие они имеют на пациента. Не-

посредственно после каждого вмешательства, в соответствии с этимологическим источником слова, которое направляет поток речи пациента, и в течение некоторого времени продолжается тема данного вмешательства: если же пациент игнорирует предложенную интерпретацию, то именно в эти моменты он заставляет аналитика думать. Тогда равномерно распределенное внимание аналитика сосредоточивается на данной теме. Чем многообразнее ассоциации пациента и чем резче он меняет их предмет, тем труднее найти смысл в том, что он говорит. Не сводится ли используемый метод ad absurdum[1]? Нет, ведь только так становится понятно, что пациент не может игнорировать присутствие другого лица — аналитика. То есть он может просто нести ему чепуху.

Конечно, аналитик вполне правильно находит смысл даже в сумасшествии истинном или притворном. На самом деле беспорядочные ассоциации часто служат восстановлению баланса сил между аналитиком и пациентом, так как хороший гештальт нельзя сконструировать из мельчайших фрагментов информации. Аналитик оказывается в тупике, ему «поставлен шах». Этот факт сам по себе не меняется от того, что мы усматриваем в такой ситуации более глубокий смысл. Это необходимо признать, чтобы дать пациенту понять, какой властью он обладает и насколько зависим от него аналитик. Как бы ни было велико несоответствие в разделении власти и зависимости, оно снижается до сносных пропорций, когда пациенты понимают в разных ситуациях, насколько зависит от них аналитик. Нередко подобный опыт означает поворотный пункт в ходе лечения. Поэтому, с одной стороны, полезно рассматривать, что говорит пациент с точки зрения непрерывности (какая тема из последнего сеанса будет продолжена сегодня), и с другой — рассматривать данный сеанс как нечто обособленное (какую проблему пытается разрешить сегодня пациент?).

Теперь мы рассмотрим исследование клинических отчетов, где не без оснований надеемся найти описание свободных ассоциаций. Это отчеты, на основе которых молодые немецкие аналитики демонстрируют свою профессиональную квалификацию. В репрезентативной выборке таких докладов Шлиффен (Schlieffen, 1983) не обнаружил ни одного описания того, каким образом вводилось фундаментальное правило, или того, как последовательно давались различные его формулировки. А что можно сказать относительно более важного вопроса: как развивается процесс ассоциации в ходе анализа и как он описывается? В десяти отчетах, взятых наугад, мы не находим никаких описаний последовательности ассоциаций, узловых моментов

---

[1] К абсурду *(лат.)*.

сопротивления ассоциации или их интерпретации. Не имеется также никаких свидетельств, подтверждающих, что пациенты на поздних стадиях анализа становятся более спонтанными, а их ассоциации — более свободными. При почти полном отсутствии цепочек ассоциаций, приоткрывающих аналитику и пациенту латентный смысл, мы находим множество *указаний* на то, что у пациента есть отдельные спонтанно возникающие идеи. Можно сказать, что и Фрейд предпочитал говорить о спонтанных идеях. Его самоанализ и годы экспериментов Фарроу над собой (Farrow, 1942) можно считать примерами, которые все еще не нашли надлежащего места в истории медицины (Schott, 1983).

Лишь изредка в психоаналитической литературе делаются попытки систематического исследования связей между отдельными спонтанными идеями (Thomä, 1961; Hohage, Thomä, 1982). По нашему мнению, это связано с методическими проблемами, которые трудно поддаются решению: где должна быть проведена линия между свободной ассоциацией и не столь свободными утверждениями, которые делаются по ходу лечения? Если спонтанные идеи приводят к более глубокому смыслу, это указывает на то, что они, возможно, образуют свободную ассоциацию. Чаще всего собираются аналитиком спонтанные идеи о сновидениях. Однако в настоящее время аналитики явно стали проявлять большую осторожность в отношении отдельных элементов сна, то есть осторожность в отношении сбора спонтанных идей способом концентрации на теме в духе классической техники Фрейда.

Сдержанность аналитика облегчает пациенту задачу говорить все, что приходит ему в голову. Но куда ведут его высказывания? И следует ли подвергать рассмотрению все, что может указывать на латентный смысл свободной ассоциации? Или нужно ждать, пока пациент сам не осознает свои бессознательные желания? Если бы это было так, самопознание достигалось бы произнесением достаточной длины монолога в условиях свободного ассоциирования. Аналитик не ожидает от пациента, что он будет давать все более бессмысленные ассоциации и наконец в самогипнозе так близко подойдет к первичному мыслительному процессу, что его Эго превратится в Ид, а его Ид станет Эго. Нет, он слушает, пока ему не придет в голову нечто такое, что после тщательного обдумывания, как он полагает, можно сообщить.

В «Очерке психоанализа» говорится:

> Мы тщательно обдумываем то, когда нам следует поделиться с ним [пациентом] знанием об одном из наших построений, и мы ждем того, что кажется нам подходящим моментом — что не всегда легко решить. Как правило, мы откладываем сообщение о толковании или объяснении до тех

пор, пока он сам близко не подойдет к нему, так что остается сделать только один шаг, хотя в действительности этот шаг и является решающим синтезом (Freud, 1940a, p. 178).

Независимо от того, называются ли сообщения пациента свободными ассоциациями или нет, в каждом случае интерпретация аналитика добавляет новый элемент, даже когда он пытается (подобно роджерсскому недирективному, центрированному на клиенте терапевту) ничего не добавлять и только подчеркнуть ту или иную часть фразы поощрительным тоном. Даже если просто повторять, подобно попугаю, это что-то добавляет. Чем больше пациент погружается в нечто кажущееся монологом и уходит от вербализации к гипноподобному состоянию, тем важнее то, каким способом аналитик поддерживает с ним отношения. Однако во всех таких регрессивных состояниях возникновение монолога обманчиво. Такое отступление в разного рода монологи в присутствии аналитика имеет несколько аспектов.

М.М.Гилл (M.M.Gill, 1982) указал на имеющийся в этом аспект сопротивления. Даже в регрессии пациент остается в рамках отношений переноса. Вероятно, он ищет переходный объект (transitional object), которому аналитик может подобрать название, даже если этот объект принадлежит долингвистической стадии развития.

В связи с метафорой Фрейда о путешествии также возникает вопрос о превращении образов в слова. Спенс привлекает особое внимание к этому аспекту свободной ассоциации и к потере информации при описании (Spence, 1982a, p. 82). Он подчеркивает, что пациент не является всего лишь пассивным наблюдателем образов, но активно создает их, кроме того, начатые предложения всегда следуют правилам грамматики, даже если психоаналитический диалог происходит в свободной манере. Согласно Спенсу, фундаментальное правило содержит два противоречащих друг другу указания. Как участник диалога пациент не может одновременно заниматься интроспекцией, а когда он отдается своим самым тайным мыслям, он не может участвовать в разговоре. Спенс полагает, что этот парадокс разрешается — при успешном лечении — тем, что каждый из участников делает свой вклад в развитие языка, отличающегося от повседневной речи (Spence, 1982a, p. 85). Наш опыт тоже показывает, что значимые метафоры получают развитие во многих анализах и что они уникальны для соответствующих диад.

Вряд ли стоит указывать, что свободная ассоциация, как и все другое, может использоваться в качестве сопротивления. Отнюдь не совпадение, что Фрейд описывал эту проблему у пациентов с компульсивным неврозом. Перевод мыслей в слова всегда включает отбор, и только пациент, который «выливает» все быстро и не задумываясь, по-видимому, полностью следует

фундаментальному правилу. Думающий пациент, у которого возникла случайная ассоциация, будет, когда говорит, отбрасывать или задерживать случайное слово или неясную мысль. Задержанный материал не потерян для свободной ассоциации, однако поведение весьма амбивалентного компульсивного невротика показывает, что правила могут быть сведены ad absurdum. Действительно, две различные мысли не могут быть выражены одновременно.

Мы не хотели бы, однако, здесь останавливаться на том, как пациенты понимают фундаментальное правило на основе своей индивидуальной патологии. Скорее, мы хотели бы рассмотреть, что вносит в понимание ими этого правила аналитик. Многие пациенты понимают свободную ассоциацию как требование бессвязного, неупорядоченного или нелогического мышления или как их собственный монолог в присутствии молчащего аналитика. В любом случае знакомство с фундаментальным правилом часто приводит к недоразумениям, нуждающимся как в прояснении, так и в интерпретации. Если пациент реагирует на стимулирование аналитика монологом, то следует спросить, чем аналитик вызвал такую реакцию. Существуют анекдоты на эту тему. Лёвенштайн сообщает о пациенте, который сказал: «Я собирался свободно ассоциировать, но я лучше скажу вам, что я на самом деле думаю» (Seidenberg, 1971, p. 100).

Способность пациента к свободной ассоциации может возрастать по мере продолжения лечения. Эйсслер указывает все же, что «сомнительно, чтобы кто-нибудь добивался соответствия [этим требованиям] полностью» (Eissler, 1963b, p. 198). Безусловно, каждый пациент когда-либо в курсе терапии собирался что-то утаить. Особенно неблагонадежны предсознательные процессы отбора, ограничивающие поток ассоциаций, в связи с тем, что пациент обнаруживает, что его аналитик имеет чувствительные точки, которые, по-видимому, являются самыми настоящими источниками раздражения (см. разд. 2, 3).

Наконец, мы можем добавить еще один подход к изучению мотивационных контекстов принятия решения, то есть к изучению их детерминированной природы, рассматривая их с точки зрения автономии Эго. Предположим, что пациент принял решение умолчать о чем-либо и выполняет свое решение. Означает ли это, что аналитик проиграл битву за соблюдение фундаментального правила? Мы дали бы отрицательный ответ, так как полагаем, что такое поведение пациента есть демонстрация некоторой сдержанности, reservatio mentalis, как отражение внутренней свободы.

Канцер (Kanzer, 1961, 1972) длительное время подчеркивал, что для многих пациентов фундаментальное правило не подходит и по отношению к ним даже ошибочно настаивать на его

соблюдении. Потребность отделить себя от других, с его точки зрения, является частью здоровой индивидуации (individuation) и даже необходимым шагом в развитии пациентов с сепарационными нарушениями (separation disturbances). Джиоваккини (Giovacchini, 1972) разделяет эту точку зрения, признавая за пациентом право иметь от него секрет. Пациент понимает, что аналитик не завидует его автономности и признает его право на уход и демаркацию. Право умолчать о чем-то означает, что пациент не должен постоянно и неуклонно обороняться против всепожирающего имаго, спроецированного на аналитика.

Вышеприведенное заявление Эйсслера может быть истолковано только в том смысле, что reservatio mentalis (частичный отказ рассказать все) является выражением самоопределения. Можно предположить, что причина, по которой нельзя полностью выполнить требование свободно ассоциировать, состоит в том, что это было бы полным отказом от себя. Но почему пациент останавливается перед каким-то одним отдельным откровением? Почему он связывает свою автономность именно с этой частью жизненного опыта и воспоминаний? Анализ мотивации сопротивления следует вести все глубже. С другой стороны, понятно, что пациент стремится обрести точку опоры в области, где он может утвердить свою независимость от аналитика, полностью исключив ту или другую тему.

Дьюальд, однако, в своей книге «Психоаналитический процесс» (Dewald, 1972, p. 613) высказывает точку зрения, что свободная ассоциация подводит к первичному процессу: «По существу, форма и содержание... свободной ассоциации имеют тенденцию... двигаться в направлении способа мышления, характерного для первичного процесса, и тем самым еще больше способствуют процессу регрессии на пользу Эго». Исследования Холта, посвященные первичным процессам (Holt, 1967b), а также клинический опыт свидетельствуют против того, что свободные ассоциации становятся менее структурированными по мере развития аналитического процесса.

Мы даже не решаемся утверждать, что в конце лечения все пациенты будут давать более творческие и спонтанные ассоциации, чем в начале. Большая внутренняя свобода может проявляться по-разному в молчании, в речи и в действиях.

## 7.3 Равномерно распределенное внимание

Фрейд (1912e, p. 115) описывал тесные связи между равномерно распределенным вниманием аналитика и свободным ассоциированием пациента. Комплементарная природа этих двух процессов еще больше подчеркивается термином «свободно

плавающее внимание», которому некоторые авторы отдают предпочтение, хотя он не точно передает немецкое выражение «gleichschwebende Aufmerksamkeit».

Аналитик, следующий этому правилу, открыт для всех ассоциаций пациента и предоставляет ему полную свободу развивать свои идеи и фантазии. Важнее всего то, что он не позволяет себе поддаваться влиянию собственных абстрактных теоретических знаний, но рассматривает каждого пациента как уникального и несравнимого индивида и жаждет услышать и ощутить что-то новое. Он намеренно избегает сравнений, чтобы не потерять доступ к неизвестному. Если аналитик следует рекомендации Фрейда (1912е, р. 114), то он перемещается «по мере необходимости от одной мысленной установки к другой» и откладывает «синтезирующий процесс мышления» до окончания лечения. Пока продолжается лечение, постоянно может появляться новый материал, который может скорректировать предыдущий образ, то есть предварительную реконструкцию. Техника равномерно распределенного внимания должна напоминать аналитику, что каждый случай может оказаться иным, чем можно было ожидать, исходя из общей (и всегда лишь предположительной) теории и из ограниченного личного опыта.

В ходе пассивного слушания аналитик пытается позволить всему в равной степени производить на себя впечатление, а своему равномерно распределенному вниманию — не заниматься селекцией. В этом процессе он обнаруживает свои собственные ограничения, которые проявляются на двух уровнях. Его равномерное внимание нарушается контрпереносом (в традиционном смысле), который является результатом его личных предположений относительно тех или иных человеческих проблем. Это нарушение вызывает саморефлексию и самоанализ. При более современном понимании контрпереноса подобные нарушения равномерно распределенного внимания могут стать терапевтически продуктивными (см. гл. 3). Кроме того, аналитик замечает, что его равномерно распределяемое внимание невольно избирает некоторые направления, не всегда оставаясь равномерно распределенным. Когда на ум приходит интерпретация, это значит, что он выбрал одну из многих возможных, так как и свободные ассоциации пациента и интерпретации аналитика являются мотивированными.

На основании этих соображений мы считаем, что правило равномерно распределенного внимания содержит нелегкие для выполнения требования самокритичного обследования своего собственного отношения к данному пациенту в этот момент и постоянного преодоления общих и специфических проблем психоаналитической терапии и техники лечения. Наша точка зрения совпадает также с мнением Фрейда (1915с, р. 117) о том, что мы всегда слушаем активно, так как наше понимание того, что

мы наблюдаем, подвергается воздействию имевшихся ранее идей. Поэтому в принципе невозможно уделять всему одинаковое внимание, и мы практически так никогда не делаем. Однако и возможно, и необходимо давать самим себе и научному сообществу отчет о своих мыслях, о том, что лежит за ними, а также корректировать предположения в свете наблюдений. Общение с пациентом содержит многочисленные возможности для этого, особенно когда предположение, которое аналитик выразил в качестве интерпретации, оказалось ошибочным.

Вы можете сказать: «Безусловно, аналитикам известно более, чем кому-либо другому, что они не должны подходить к пациенту непредвзято. Нет необходимости в каком-либо правиле. И аналитикам не надо напоминать, что существует много различных точек зрения на это явление и именно здесь начинаются противоречия между разными школами. Таким образом, психоаналитическая рутина отражает философское представление о том, что все наблюдения обременены теорией».

Мы могли бы удовлетвориться этими замечаниями по поводу равномерно распределенного внимания и прийти к всеобщему согласию, говоря, что аналитик обязан стремиться к открытости и что его внимание не должно зависеть от необъективных предположений или даже предвзятых мнений. Однако на этом дело не кончается: последствия другой традиции мышления, которую развивал Фрейд, метафорически объясняя равномерно распределенное внимание, сказываются до настоящего времени. Фрейд приписывал бессознательному аналитика особую способность действовать как орган, принимающий передачи от бессознательного у пациента:

> Подобно тому как телефонная трубка преобразует электрические колебания телефонной сети обратно в звуковые волны, так же и бессознательное врача по передаваемым ему производным бессознательного способно реконструировать это бессознательное, которое определяет свободные ассоциации пациента (Freud, 1912e, p. 116).

Это утверждение легло в основу правила равномерно распределенного внимания, так же как и требования очищения аналитика от контрпереноса (см. гл. 3). Фрейд концептуализировал эту способность воспринимать бессознательное в соответствии с обычной для того времени моделью сенсорной перцепции. Предполагалось, что внешняя реальность воспринимается непосредственно и правильно. Поэтому позднее эта модель была названа также «теорией зеркала» или «доктриной безупречной перцепции» (см.: Westerlundh, Smith, 1983).

Таким образом, в духе времени было объяснять восприятие бессознательного с помощью метафоры зеркала или телефона. Только недавно направленность исследования ранних взаимоот-

ношений матери и ребенка стала обусловливаться тем, что даже ребенок не усваивает свой мир пассивно, а конструирует его (Stern, 1977). Таким образом, метафора Фрейда поначалу, казалось, решала целую серию практических и теоретических проблем настолько хорошо, что даже создала традицию психоаналитической мысли и практики, и сегодня все еще влиятельную. Равномерно распределенное внимание было популяризировано благодаря «третьему уху» Райка, содержащему важные элементы понятия особой эмпатии, вокруг которого Кохут (Kohut, 1959) позднее создал свою школу. Изаковер технически определил равномерно распределенное внимание в качестве «анализирующего инструмента» (Balter et al., 1980). Предполагалось, что в психическом аппарате аналитика имеется специальный участок, отвечающий за его способность слышать бессознательное пациента. В то же время Спенс озаглавил свое критическое эссе «Опасности и ловушки свободно плавающего внимания» (Spence, 1984); название говорит само за себя. Вслед за психоаналитическим исследованием процесса понимания и эмпатии, включающего понятия из философской герменевтики Гадамера и Хабермаса, он приходит к выводу, что равномерно распределяемого внимания как *пассивного* слушания *без* предвзятого мнения не существует.

Заменив герменевтический термин «предвзятое мнение» термином «идея», мы легко можем провести параллель с вышеупомянутым описанием Фрейда. Если аналитик слушает *активно*, он может, во всяком случае, держать свои идеи, свои фантазии, свои чувства, свои предвзятые мнения равномерно распределяемыми и оставаться открытым для нового опыта. Спенс даже выдвигает убедительные психоаналитические аргументы, стараясь показать, что как раз самообман относительно непредвзятости открывает путь безупречному восприятию непроизвольной, бессознательной и поэтому мало доступной для разума проекции своих собственных идей.

Миф о равномерно распределенном внимании — именно так Спенс охарактеризовал якобы свободное от теории пассивное внимание — имеет много функций, подобно всем мифам, которые могут быть истолкованы как прототеории в истории науки. Равномерно распределенное внимание — это гибрид, который мы теперь разделили на два первоначальных компонента. Тем, что теория выжила, она обязана именно этой смеси хорошо обоснованных рациональных элементов — полная открытость вместо сдержанности — и мистических ожиданий слияния и единства, связывающих собственное бессознательное с бессознательным другого, как в метафоре Фрейда о телефоне. Если рассуждать здраво, правило равномерно распределенного внимания способствует появлению у пациента чувства, что его по-

нимают, и потому помогает создать *рациональную* основу для лечения. Однако, чтобы ближе подойти к процессу обмена между пациентом и аналитиком, мы должны в какой-то степени разрушить это очарование (мы покажем это при обсуждении концепции эмпатии Кохута в восьмой главе и в нижеследующем обсуждении слушания «третьим ухом» Райка).

Мы начнем с рассказа о «третьем ухе» и его функциях словами самого Райка:

> В этом смысле психоанализ является не столько разговором сердец (heart-to-heart talk), сколько разговором влечений (drive-to-drive talk), неслышным, но весьма выразительным диалогом. Психоаналитик должен узнать, как одна душа говорит с другой в тишине и помимо слов. Он должен научиться слушать «третьим ухом». Это неверно, что нужно кричать, чтобы заставить себя понять. Когда вы хотите, чтобы вас услышали, вы шепчете (Reik, 1949, p. 144);

и

> Одна из особенностей «третьего уха» состоит в том, что оно работает двумя способами: может уловить то, что другие люди не говорят, но только чувствуют и думают, и может быть обращено внутрь. Оно может слышать голоса, идущие изнутри Я, которые иным образом не слышны, потому что их заглушает шум нашего сознательного мыслительного процесса (Reik, 1949, pp. 146—147).

Согласно Райку, «третье ухо» тесно связано с равномерно распределенным вниманием:

> Представляете ли вы аналитика наклонившимся вперед на своем кресле, наблюдающим всеми пятью чувствами за мельчайшими психологическими знаками, озабоченным, как бы что-нибудь не прошло незамеченным? Я говорил о мельчайших сигналах, слабых стимулах, которые порхают и колеблются, ускользают и дают такую важную пищу для предположений о бессознательных процессах. Перед лицом таких разнородных, трудноуловимых данных вы можете подумать, что требуется самое напряженное внимание. Представляете ли вы аналитика не только внимательным, но и напряженным?
>
> Это — ложная картина, и внимание аналитика носит иной характер. Фрейд определял этот особый вид внимания как *«gleichschwebend»*. Это слово с трудом поддается переводу; оно означает одновременно равномерное распределение и вращение или кружение. С моей точки зрения, наиболее близким приближением к немецкому оригиналу будет выражение «свободно плавающий». Другой вариант, который подчеркивает скорее психологический баланс, нежели движение, — это «уравновешенное внимание». Рекомендовать такое свободно плавающее внимание Фрейда заставили два фактора.
>
> Оно спасает от напряжения, которое невозможно поддерживать в течение многих часов, и помогает избежать опасностей, угрожающих в случае, если внимание намеренно направлено на определенную цель. Если мы напрягаем наше внимание до определенной степени, если мы начинаем выбирать среди предложенных нам данных и особенно хватаемся за какой-то отдельный фрагмент, тогда, предупреждает нас Фрейд, мы следуем за нашими собственными ожиданиями или склонностями. Естественно, возникает опасность, что мы никогда не найдем ничего, кроме того, что

были уже готовы найти. Если мы будем следовать нашим склонностям, мы обязательно придем к фальсифицированному восприятию. Правило, что мы должны замечать все в равной мере, является естественным дополнением к требованию, которое мы предъявляем пациенту, говорить все, что приходит на ум, без критики и отбора (Reik, 1949, pp. 157—158).

Райк продолжает:

Как можно согласовать свободно плавающее внимание и задачу что-то заметить? Если из всей массы проходящих данных мы хотим что-то заметить, мы должны направить острый взгляд на определенные моменты, обратить на них наше особое внимание, не правда ли? Как я могу заметить что-то, если я не направлю все мое внимание на это, если я совершенно одинаково буду относиться к незначительным деталям и к тому, что важно? Можно ответить, что понятие «уравновешенное внимание» как раз и нацелено на то, чтобы замечать все и помнить все. Но не является ли это понятие внутренне противоречивым? Внимание всегда направлено только на избранные объекты. Внимание, как нас всегда учили, предполагает отбор. Как можем мы избежать опасности отбора, если мы хотим быть внимательными? (Reik, 1948, pp. 158, 159)

Как хорошо известно, Райк предлагает решение этих противоречий, описывая разные виды внимания:

Качество внимания в психоанализе может быть вполне проиллюстрировано сравнением с прожектором. Произвольное внимание, которое ограничено узким сектором сферы нашего опыта, может быть сравнимо по своему эффекту с тем, как прожектор освещает определенный участок земли. Если мы заранее знаем, что враг приближается с этой стороны или что что-то должно случиться на этом поле, это означает, что мы тем самым предвидели событие. Яркое освещение определенного участка дает преимущество. Давайте предположим другой случай, как будто что-то, например шум, привлекло наше внимание к определенной зоне. Только тогда мы поворачиваем прожектор к этой зоне. Наше внимание не бросается вперед, обгоняя восприятие, но следует за ним. Это — случай непроизвольного внимания. Если мы едем ночью по дороге около Нью-Йорка, мы можем заметить, что прожектор в середине дороги беспрерывно обшаривает окружающий пейзаж. Он освещает дорогу, затем направляется на поля, поворачивается к городу и возвращается, сделав широкий изгиб, вновь к дороге и снова повторяет свой путь. Подобные действия, которые не ограничены одной точкой, но постоянно обшаривают широкий радиус, представляются наилучшим сравнением с функцией свободно плавающего внимания (Reik, 1949, p. 163).

В этой метафоре «третье ухо» соответствует «третьему глазу», который видит и воспринимает все вокруг без малейшей предвзятости. «Третье ухо» и «третий глаз» — это tabula rasa, идеально чистая и абсолютно лишенная предвидения.

Решения, предложенные Райком, сами ведут к противоречиям, потому что исследующий селективный характер равномерно распределяемого внимания должен иногда и кое-где останавливать луч прожектора. Равномерно распределенное внимание остается равномерным лишь до того момента, как оно останавливается. С точки зрения психологии восприятия, психологии

мышления и теории познания предложение Райка является наивно позитивистским, и он упускает из виду тот факт, что за лучом прожектора находится целостный личный перцептивный и мыслительный аппарат наблюдателя, включающий также и теоретические ожидания: его перцепция «теоретически погружена».

Наше весьма неточное утверждение, что взвешенное состояние внимания продолжается лишь до того, как аналитик предлагает интерпретацию — которая принимается или не принимается, — оставляет в стороне предсознательные (интуитивные) или сознательные процессы отбора, которые этому предшествуют. Можно рассматривать воспринимающую функцию аналитика как часть четырехстопного процесса пассивного и активного слушания, переживания, восприятия и интерпретирования (Thomson, 1980). Мы воспринимаем, наблюдаем и в результате интерпретируем в свете своих сознательных и бессознательных теорий. Этот принцип применим также к донаучному опыту, как бы наивны ни были его ожидания. Таким образом, мы обнаруживаем, что восприятия пациента соответствуют теории, которая представляет собой схему, фиксированную в их бессознательном, и что их ожидания, таким образом, оправдываются.

Мы следуем за объяснениями, которые пациент дает своим страхам и трудностям, и вступаем в его мир без оговорок. Как иначе мы можем понять его? Мы прислушиваемся к оттенкам, замечаем сбои. Однако в ситуации, когда пациент заходит в тупик, где он не может постичь неотвязные симптомы или фобии, мы также не продвинемся дальше, если вооружены лишь здравым смыслом. Но воспринимающий и «третье ухо» также не извлекут большого смысла из ассоциаций пациента, не пользуясь многочисленными программами, которые поставляют аналитику сравнительные объяснительные модели. «Третье ухо», во всяком случае, не было бы способно услышать что-либо из бессознательного, если бы оно не принадлежало аналитику, который старался усвоить как можно больше знаний и набрать как можно больше опыта. Гибкость слушания не гарантируется «третьим ухом», обладающим экстрасенсорными способностями. Напротив, любая мистификация, если она ведет к бессознательной фиксации предположений, становится препятствием для научной легитимизации психоанализа.

Представление, что «третье ухо» лучше всего слышит, когда аналитик в других отношениях ведет себя как будто он глухой, сохранило некоторое мистическое очарование. Так, для Биона («психоаналитического мистика», по Гротштейну (Grotstein, 1982)) пассивное восприимчивое самоопустошение аналитика приобретает мистические качества. Чтобы достичь состояния сознания, которое необходимо, как он полагает, для проведения психоанализа, Бион избегает всякого запоминания, сопротивля-

ется любому искушению запоминать события определенного сеанса или порыться в своей памяти. Он приглушает любой импульс к запоминанию чего-либо случившегося ранее или интерпретаций, которые он сделал до этого (Bion, 1970, p. 56). В то же время он требует, чтобы пациенту показывали те данные, которые стоят за интерпретацией, даже если это связано с периодом многолетнего «отыгрывания вовне» (acting out) (p. 14). В основе этого представления лежит идея окончательной и полной победы над контрпереносом как в специфическом, так и в полном смысле слова, поскольку Бион отказывается разрешить каким-либо желаниям или стремлениям войти в свои мысли.

Поскольку баланса между двумя установками — чувствованием и думанием — трудно достичь, эта проблема продолжает обсуждаться каждым последующим поколением психотерапевтов и аналитиков. Критика Фенихелем (Fenichel, 1934) односторонности Райка остается обоснованной как тогда, так и теперь; в контексте современной дискуссии об эмпатии она вновь стала актуальной. Фенихель цитирует Ференци, который сказал:

> Следовательно, аналитическая терапия предъявляет врачу требования, которые кажутся прямо противоречащими самим себе. С одной стороны, она требует от него свободной игры ассоциаций и фантазии, полного погружения в *его собственное бессознательное*... С другой стороны, врач должен подвергнуть представленный им самим и пациентом материал логическому рассмотрению и в своих действиях и связях может позволить себе руководствоваться только результатами этого умственного усилия (Ferenczi, 1950 [1919a], p. 189).

Таким образом, очевидно, что мы удаляемся все дальше и дальше от концепции равномерно распределенного внимания как лечебного правила в направлении присущего аналитику сложного процесса познания. Может быть проведена прямая линия от равномерно распределяемого внимания Фрейда, через «третье ухо» Райка, к интроспективному эмпатическому психоаналитическому наблюдению Кохута (Kohut, 1959; Cohler, 1980, p. 81). Другая линия ведет к тем аспектам чувствования и мышления, которые описываются сегодня как процессы получения выводов аналитиком (Ramzy, 1974; Meyer, 1981a; Kächele, 1985). Все эти темы будут рассмотрены в следующих главах.

## 7.4 Психоаналитический диалог и правило контрвопроса. Отвечать или не отвечать — вот в чем вопрос

Не чересчур ли драматично использовать парафраз гамлетовского «быть или не быть — вот в чем вопрос» для заголовка раздела, посвященного проблемам, которые возникают в связи с вопросами пациентов и ответами аналитиков? Допустимо ли

приписывать значимость выражения «быть или не быть» вопросам, которые возникают в ходе анализа? Мы не стали бы использовать это выражение, если бы не верили, что психоаналитическому диалогу присущ элемент драмы. Пациент приходит к аналитику, стремясь получить ответы на вопросы, которые он не может разрешить сам. Ни в одном из обсуждений, которые он имел — с друзьями и коллегами, священниками, врачами и знахарями, — он не получил удовлетворительных ответов, то есть ответов, которые могли бы излечить его симптомы.

Психоанализ является последним прибежищем, и дело может буквально обстоять так: быть или не быть, жизнь или самоубийство. Мы уже говорили о глубоких мучительных вопросах, которые пациент не может сформулировать, но на которые его наталкивают бессознательные конфликты. Нет необходимости подчеркивать, что в конечном счете *прояснение* этих безответных вопросов определяет благотворный эффект анализа. Однако как относиться к вопросам, которые пациент может задать и задает? Как с ними обращаться? Приведем некоторые примеры. Сначала пациент будет спрашивать, вылечит или по крайней мере улучшит ли терапия его симптомы. Как она работает? Сколько это будет длиться? Лечили ли вы раньше подобные болезни? Та же ли у меня болезнь, что и у моего отца? Затем пациент начинает интересоваться личной жизнью аналитика и его семьей, хочет узнать, где он отдыхает или — для экстренных случаев — его домашний телефон.

Если читатель поставит себя на место аналитика, он почувствует некоторое напряжение, которое создают эти вопросы. Они заставляют аналитика действовать немедленно: пациент требует у него ответа, и все, что аналитик теперь сделает, он воспримет как ответ. Даже молчание является ответом.

Пациент спрашивает, и инициатива переходит к аналитику, нравится это ему или нет. Принуждение возникает из-за того, что аналитик и пациент вступили в диалог и потому подчинены правилам дискурса, с которыми, если они хотят иметь возможность вести осмысленный диалог, они должны быть по крайней мере частично (молчаливо) согласны. В самой природе вопроса заключено желание спрашивающего получить ответ, и всякую реакцию аналитика он воспринимает как таковой. Пациент, который еще незнаком с аналитической ситуацией, ожидает, что разговор с аналитиком будет следовать правилам повседневного общения. Если вопросы остаются без ответа, он может понять это как признак того, что аналитик не хочет или не может ответить, или то и другое вместе.

Вопрос, таким образом, в средствах, какими одно лицо может вовлечь другое лицо в вербальный обмен, в диалог. Поскольку психоанализ живет благодаря разговору, «обмену сло-

вами» (Freud, 1916/17, p. 17), чрезвычайно важно, что и как отвечает аналитик — и не только на вопросы. Вопросы являются свидетельством прямых и открытых попыток со стороны пациента вовлечь аналитика ad hoc[1] в обмен; затем следуют просьбы и критика. Вопросы также могут содержать скрытые попытки подобного рода, как наши вышеприведенные примеры, возможно, уже показали. Нечто, что поначалу кажется просто вопросом для получения информации, позднее может оказаться, например, обвинением. С вопросами трудно иметь дело, потому что они приглашают к взаимодействию множеством способов. Какая мать иногда не приходила в раздражение из-за настойчивой любознательности своего ребенка! Аналитик находится в подобной ситуации, когда на него давят вопросы.

Одно правило лечения, которое превратилось в стереотип, кажется, проходит через все трудности, как меч Александра Македонского сквозь Гордиев узел. Стереотип состоит в том, чтобы отвечать на вопрос пациента контрвопросом: «Что заставляет вас задавать этот вопрос?» Например, если в отчете о лечении упомянуто, что некий вопрос возникал и был «проанализирован», можно быть уверенным, что этот вопрос был возвращен пациенту с просьбой рассказать о мыслях, лежащих за ним. Подобная информация часто бывает востребована аналитиком не прямо — через молчание. Этот ответ на вопрос вопросом для широкой публики является одной из характерных черт анализа.

Текст на обложке немецкого издания книги Дж.Малкольма «Психоанализ: невозможная профессия» (J.Malcolm, 1980; Fragen an einen Psychoanalytiker, 1983) таков: «Автор задает вопросы, которые каждый пациент всегда хотел бы задать, но на которые, как он знает, аналитик ответит только: "Что приходит вам в голову, когда вы спрашиваете себя, почему вам захотелось задать мне этот вопрос?"» Мы тоже следовали этому стереотипу многие годы, пока неблагоприятные последствия не отучили нас от этой привычки. Мы обнаружили, как глубоко в профессиональном Супер-Эго может закрепиться это правило из-за угрызений совести, которые испытываешь, когда им пренебрегаешь. Вероятно, многие аналитики могли испытывать то же самое. Очевидно, стереотип переходит от одного поколения к другому через обучающие и контрольные анализы, исходя из предположения, что ответы вопросом на вопрос играют немалую роль в достижении особенно глубокого и тщательного анализа. Существует анекдот, который, по сути, не является выдумкой, показывающий, что кандидаты следуют этому правилу особенно строго. Незадолго до окончания предварительного интер-

---

[1] Для этого (*лат.*).

вью кандидат говорит своему первому анализируемому: «Если у вас есть еще вопросы, пожалуйста, задавайте их сейчас. Со следующего сеанса и в дальнейшем я буду связан принципом воздержания и не смогу больше отвечать на ваши вопросы».

Обзор литературы (разд. 7.4.1) покажет, что этот стереотип связан с принципом разрядки, использованным для модели психического функционирования. Предполагается, что воздержание от ответа заставит пациента быстрее выразить свои мысли, которые подскажут путь к латентному смыслу вопроса. Таким образом, это правило оправдывается надеждой получить терапевтический инсайт. Однако непредвиденным результатом часто является то, что пациент интерпретирует отсутствие ответа на свой вопрос как отвержение. Какое влияние это отвержение оказывает на отношения переноса и на желательный процесс переструктурирования репрезентаций себя и объекта (self and object-representation)? Можно предположить, что лишь у незначительного числа пациентов Эго находится в таком неповрежденном состоянии, что они воспринимают стереотипный отказ отвечать на вопросы без чувства обиды и без каких-либо последствий для бессознательных защитных механизмов.

По крайней мере в начальной фазе пациент не сможет усмотреть какого-либо смысла в контрвопросе — так мы теперь его будем называть для краткости — и испытываемые им чувства отвергнутости и обиды могут задействовать бессознательные защитные механизмы, которые приведут к незаметным трансформациям высказываемых им мыслей. Таким образом, уход от ответа со стороны аналитика, имевший целью стимулировать поток ассоциаций у пациента, может достичь противоположного результата.

Изучая литературу и анализируя собственный опыт, мы пришли к выводу, что правило контрвопроса не обеспечивает глубины самопознания и на деле расстраивает, а иногда может даже разрушить саму основу самопознания, а именно диалог. Это заключение подтверждается другим результатом исследования — об исключениях из правила. С какими пациентами аналитик может пренебречь правилом контрвопроса? С теми, у кого нет сохранного Эго и высокого порога толерантности, то есть с большей частью пациентов, которая приходит на консультацию к аналитику! Что происходит тогда, когда аналитик больше не следует этому правилу? Просто ли отвечает он на вопросы пациента? Ни в коем случае. Мы лишь отказываемся от жесткой приверженности правилу, которое уже нельзя привести в соответствие ни с бинерсональной теорией психоаналитического процесса, ни с практическим опытом. Подобно тому как развитие Эго и Я (self) принципиально связано с диалогом, терапевтическое самопознание и дальнейшее развитие Эго связаны с

ответом нового объекта. В этом отношении берут верх исключения из правила. Однако наш скепсис по отношению к прошлой практике касается не только тех пациентов, которые обнаруживают ненадежные объектные отношения. Поскольку в анализе все объекты в принципе строятся на основе вербальных действий отвечающего субъекта, мы можем объяснить, почему мы призываем к изменению устоявшегося правила, чтобы добиться более продуктивного диалога. Дело не просто в ответах на вопросы. Правило контрвопроса должно быть заменено более разумным подходом, который описывает Кертис: «Конечно, это вопрос аналитического суждения, служит ли ответ, объяснение или допущение вопроса пациента об аналитике интересам аналитического процесса» (Curtis, 1979, p. 174). Поскольку правило контрответа представляет собой, очевидно, простой путь преодоления проблемы, то неудивительно, что оно сохранилось в течение десятилетий. Давайте рассмотрим обоснование этого стереотипа и его историю.

### *7.4.1 Обоснование и история стереотипа*

Одно из оправданий стереотипа не отвечать на вопросы пациента, кажется, исходит из правила воздержания. Говорят, что ответ на вопрос представляет собой неприемлемое удовлетворение инстинктов пациента, препятствующее прогрессу аналитического процесса. Предполагается, что, если аналитик один раз отвечает на вопрос, существует опасность, что пациент будет задавать еще и еще вопросы и в конечном итоге вопросы превратятся в сопротивление, которое спровоцировал сам аналитик.

Другую проблему создают вопросы личного характера, которые пациент задает, чтобы узнать что-нибудь об аналитике. Считается, что ответ на такие вопросы разрушает терапевтическое инкогнито аналитика или раскрывает его контрперенос, нарушая развитие переноса.

Из-за подобных опасений отказ отвечать на вопросы превратился в стереотип терапевтической техники. Это началось не с Фрейда, который в этом отношении проявлял гибкость. В его докладе о вступительной фазе анализа Человека-Крысы (Freud, 1909d) мы обнаруживаем, что он прямо отвечал на многие вопросы пациента относительно механизма психоаналитического лечения и его прогноза, не делая их объектом интерпретации.

Блантон (Blanton, 1971) рассказывает, что во время его собственного анализа он часто спрашивал Фрейда о его научных взглядах. Согласно Блантону, Фрейд отвечал на его вопросы прямо, без всяких интерпретаций. Ни в своих специальных аналитических работах, ни в каких-либо других трудах Фрейд не рассматривал подробно техническую проблему, как быть с воп-

росами пациентов, очевидно, потому, что для него это проблемы не составляло.

К нашему удивлению, обзор литературы показал, что правило никогда не отвечать на вопросы пациента сформулировал в 1918 году Ференци:

> Я сделал правилом, когда бы пациент ни задавал мне вопрос или ни обращался с просьбой о какой-либо информации, отвечать *контрвопросом* (counter interrogation): что его натолкнуло на этот вопрос? Если бы я просто ответил ему, то импульс, вызвавший вопрос, был бы погашен ответом. С помощью же указанного метода интерес пациента направляется на источник его любопытства, и когда его вопросы рассматриваются аналитически, он почти всегда забывает повторить свои первоначальные расспросы, показывая тем самым, что они были фактически неважны и их значимость заключалась в том, что они были средством выражения бессознательного (Ferenczi, 1950 [1919a], p. 183; курсив наш).

Ференци полагал, что контрвопросы позволяют ему быстро добраться до бессознательных детерминант, до латентного смысла, содержащегося в вопросе. Мы не считаем, что это утверждение всегда верно. Начнем с того, что жесткое применение этого правила, весьма вероятно, лишит пациента желания вообще задавать вопросы и приведет его к отказу не только от вопросов, но и от рассказа о связанных с ними мыслительных процессах, причем это не обязательно будет ясно аналитику. Кроме того, обычные ответы аналитика на вопросы пациента на уровне повседневного общения вовсе не ввергают их автоматически в игру в вопрос-ответ, бессознательные детерминанты которой недоступны дальнейшему анализу. Наш опыт говорит об обратном, а именно о том, что хорошо продуманные ответы, соответствующие правилам повседневной речи, помогают пациенту впервые заговорить о чувстве отвергнутости, которое он испытал в результате слишком негибкого применения правила контрвопроса. Наша последующая интерпретация его нежелания задавать вопросы позволила затем пациенту в первый раз задать дальнейшие, более глубокие, вопросы, которые можно было затем понять как исходящие от не осознававшихся до этого тенденций и проинтерпретировать.

Многие аналитики имели подобный опыт и соответственно варьировали свою технику. По этой причине правило Ференци не завоевало всеобщего признания. Это подтверждает опрос Гловера (Glover, 1955, pp. 261ff), который проводился в 1930-е годы, но результаты которого Гловер считал показательными и для 1950-х годов. Он спрашивал своих коллег, говорят ли они о своих настроениях, тревогах или болезнях пациентам. Большинство было готово в случае необходимости подтвердить наблюдения пациента такого рода. Некоторые принимали решение в зависимости от предполагаемого эффекта, производимого на

пациента их признанием, то есть проявляли в этом отношении гибкость. Только незначительное меньшинство взяло за правило не отрицать и не подтверждать соображения или вопросы пациента. Что касается вопросов личного характера, подавляющее большинство участвовавших в этом опросе были готовы дать информацию на сексуальные и несексуальные темы, хотя только четверть опрошенных аналитиков не видели здесь проблемы. Выявилось широко распространенное согласие по поводу того, что вопросы следует анализировать, но считалось ошибкой делать вопрос точкой отсчета для анализа мотивации в ситуации, если ответ на него реалистически оправдан. Считалось, что стереотипный анализ вопросов увеличивает безразличие или сопротивление пациента, а также является признаком чересчур большой тревоги со стороны аналитика.

Результаты этого опроса показывают, что психоаналитики проявляют гибкость в ответах на вопросы пациента. Однако лишь изредка можно найти в литературе возражения против стереотипа игнорирования вопросов, которые были бы столь же четки, как у Кохута:

> Молчать, когда вам задан вопрос, — значит быть не нейтральным, а грубым. Само собой разумеется, что — в особых клинических обстоятельствах и после соответствующих объяснений — во время анализа бывают моменты, когда аналитик не будет пытаться ответить на псевдореалистические запросы, но вместо этого будет настаивать на расследовании их трансферентного смысла (Kohut, 1971, р. 89).

Высокая оценка интерпретирования, которую мы полностью разделяем, привела многих аналитиков к тому, что они проглядели тот факт, что позитивный терапевтический климат создается тогда, когда вопросы пациента воспринимаются серьезно и глубоко. По нашему мнению, аналитики прибегают к технике контрвопроса потому, что они боятся, что иначе пациент останется на поверхностном уровне. Подтверждение этому мы находим в исследовании Дьюальда (Dewald, 1972), посвященном ходу одного анализа, который благодаря стенографическим записям обладает особым достоинством, допускающим точную экспертизу. В конце первого сеанса пациентка спросила, что ей следует делать, если она забеременеет. Дьюальд ответил, что необходимо понять, что лежит за этим вопросом, с тем чтобы понять другие смыслы, помимо того, который содержался в самом вопросе. Смысл вопроса на заявленном уровне оставался неясным, и аналитик не сделал попытки выяснить что-либо на этом уровне.

Как критически замечает Липтон (Lipton, 1982), используя эту технику, Дьюальд воздействует на пациентку таким образом, что ее высказывания принимают несвязный и нелогичный характер. К этому-то Дьюальд и стремится, потому что он надеется таким путем получить материал для своих чисто историче-

ских генетических интерпретаций. Он достигает этого, показывая пациентке своим ответом на ее первый вопрос, что внешнее значение вопроса не представляет для него интереса, и вновь и вновь прерывая ее в ходе сеанса почти всегда лишь для того, чтобы спросить о ее мыслях или о каких-либо деталях. Мы согласны с Липтоном, что аналитик может понять скрытый, латентный смысл только тогда, когда он понял, что пациент говорит ему на очевидном уровне. Применяя контрвопросы и настаивая на дополнительных ассоциациях еще до того, как внешний смысл вопроса пациентки становился ясным, Дьюальд лишал себя возможности понимания и интерпретирования содержащихся в вопросе аспектов переноса. Чтобы добиться этого, было необходимо понять, что означал вопрос пациентки на внешнем уровне, и знать, какой ситуационный запускающий стимул заставил ее задать вопрос. В этом случае, однако, именно правило контрвопроса сделало материал, который имел весьма важное значение для текущего переноса пациентки, недоступным для анализа. Гораздо позже выяснилось, что пациентка уже была беременна в течение двух месяцев, когда задавала этот вопрос.

Наши опасения относительно правила контрвопроса не основываются, однако, лишь на том, что оно далеко не всегда ведет к более глубокому пониманию. Жесткое применение этой техники, кроме того, может привести к серьезным осложнениям в развитии переноса.

Гринсон (Greenson, 1967, p. 279) описывает пациента, предыдущий анализ которого оказался неудачным, вероятно, потому, что аналитик применял очень жесткую технику, которая исключала ответы на вопросы и какие-либо объяснения по этому поводу. Гринсон сумел построить анализ более продуктивно, сказав пациенту, почему он не может ответить на его вопросы. То, что Гринсон признал право пациента получить объяснение странных — по сравнению с каждодневной ситуацией — правил обсуждения в анализе, позволило пациенту рассказать о том, что он испытывал глубокое чувство унижения и игнорирования со стороны предыдущего аналитика. Таким образом, негативный перенос пациента, который завел в тупик предыдущий анализ, стал доступен для разбора и интерпретации.

Читатель, возможно, будет изумлен, узнав, что Ференци — тот самый аналитик, который первым поверил в то, что дефицитарные состояния и дефекты раннего происхождения исправимы, — выступил за жесткость в такой чувствительной сфере коммуникации. В то время, когда он формулировал правило контрвопроса (Ferenczi, 1950 [1919b]), он был, конечно, твердо ориентирован в терапии на модель разрядки и рекомендовал использовать принудительное фантазирование или повышенное напряжение как часть нарождающейся активной техники. Плодо-

творно ли размышлять о связи между жесткостью, с одной стороны, и выхаживанием регрессивных пациентов, с другой? Нет, так как наши современные знания указывают, что, по всей вероятности, отказ отвечать на вопросы может ускорить у расположенных к этому пациентов выраженные регрессии психотичного типа. Конечно, мы не утверждаем, что одно лишь правило контрвопроса ответственно за выраженные регрессии, которые испытывали пациенты Ференци в 1920-х годах. Допуская, что он следовал этому правилу очень строго, когда лечил серьезно больных людей (а так и было на самом деле), мы можем почти с уверенностью сказать, опираясь на наши теперешние знания, что ятрогенная регрессия была неизбежна.

Особенно поучительны в этом отношении данные, обсуждавшиеся группой специалистов по «тяжелым регрессивным состояниям во время анализа» (Weinshel, 1966). Многочисленные клинические отчеты ведущих аналитиков, приведенные в ходе дискуссии, заставили Фроша (см.: Weinshel, 1966, pp. 564, 567) оценить молчание аналитика как наиболее важный из факторов, способных ускорить тяжелую регрессию, и рекомендовать аналитикам «чаще разговаривать» и «более охотно отвечать на вопросы», работая с пациентами, чье состояние внушает опасения. Этот вывод стал очевидным после того, как было признано, что жесткое применение правила контрвопроса и использование молчания либо в качестве общего технического средства, либо как ответ на отдельные вопросы и просьбы частично ответственны за ятрогенный вред. Однако по различным причинам осуществлять приемлемую гибкость нелегко. Если вы просто действуете в соответствии с правилами, ваша ответственность перекладывается на них. Если вы принимаете правила без дальнейших хлопот, вы не замечаете тенденции к манипуляциям, которая в них заложена. Только когда вы отказываетесь от строгого следования правилам и сами решаете, как, когда и отвечать ли вообще на вопрос пациента, вы осознаете свою ответственность. Однако, с точки зрения сторонников системы правил, именно гибкий аналитик манипулирует, даже если он оправдывает свои решения прагматически и научно. Даже то, что целесообразно и благотворно влияет на пациента, становится манипуляцией. Соответственно, Фрош рекомендовал аналитикам демонстрировать гибкость в технике лечения пациентов, внушающих опасения, говоря, что это должно включать «манипуляцию» (например, сохранение сидячего положения в течение лечебных сеансов, предоставление номера личного телефона, прописывание психотропных средств или изменение частоты сеансов). Однако система правил еще не сказала последнего слова:

Если климат, установка и мышление являются аналитическими с самого начала, я полагаю, что плавный незаметный переход к классической

психоаналитической технике будет абсолютно естественным и начало лечения постепенно и органично перейдет в последующую терапию (Weinshel, 1966, p. 567).

Поскольку правило контрвопроса в контексте жесткой системы правил, которую проповедуют, например, Меннингер и Хольцман (Menninger, Holzman, 1958), может иметь неблагоприятные побочные эффекты на любой стадии терапии — и не только у пациентов, внушающих опасения, — создание климата, подобного описанному Фрошем, всегда имеет решающее значение. В каждом отдельном случае предписанная смесь терапевтических средств должна быть приспособлена с тем, чтобы обеспечить возможность реализации цели психоаналитического лечения, а именно достижения структурных изменений благодаря интерпретированию переноса и сопротивления. Будут проводиться психоанализы, в которых аналитик оставляет многие вопросы без ответа, и другие, гораздо более поддерживающие. Подразделение терапии на поддерживающую (supportive), экспрессивную (expressive) и строго аналитическую становится сомнительным. Давайте рассмотрим следующий короткий диалог, приведенный Дж. и Р. Бланками (G.Blanck, R. Blanck, 1974, p. 330):

*Мистер Форрестер:* Я чувствую, что всех ненавижу сегодня, особенно всех женщин. (Пауза.) Вы как будто никогда не возражаете, когда я так говорю. (Пауза.) Вы остывший пирог. Мне грустно. Почему вы не скажете что-нибудь?

*Терапевт:* Я скажу. Я не против, когда вы говорите, что вы чувствуете.

Здесь важно не содержание замечания, а утверждение Бланка, что в лечении пограничных пациентов допустимо, *в отличие от психоаналитической техники*, уступить просьбе и прокомментировать сказанное. Наш опыт с техникой контрвопроса до настоящего времени говорит против того, чтобы считать его хорошо обоснованным техническим правилом.

### *7.4.2 Правила, регулирующие сотрудничество и дискурс*

Задавание вопросов и ответы на них — это вербальное поведение, направленное на создание диадической структуры, в противоположность паттернам высказываний типа монолога, когда пациент занят свободными ассоциациями. Правило контрвопроса имеет целью преобразовать обратно в монолог ориентированные на взаимодействие паттерны вербальных действий пациента. С тем чтобы иметь возможность понять смысл отхода от обычных правил разговора, полезно взглянуть на некоторые правила сотрудничества и дискурса, которые формируют границы опыта и ожиданий для каждого человека. Мы ограничимся

теми паттернами вербальных действий, которые относятся к теме «вопросов и ответов».

Остин (Austin, 1962) в своей теории речевых актов исходит из наблюдения, что словами делаются вещи. Среди паттернов вербальных действий существуют особые пути действия, доступные для вмешательств, изменяющих реальность (Ehlich, Rehbein, 1979). Однако речь, чтобы быть эффективным средством действия, должна соответствовать существующим межличностным обязательствам, которые можно описать как правила дискурса. Эти правила дискурса отчасти зависят от социального контекста вербального действия (те, что применяются в суде, отличаются от тех, которые используются в разговоре двух друзей), и, наоборот, данная социальная ситуация отчасти определяется соответствующими правилами дискурса. Психоаналитически расширяя это наблюдение, можно сказать, что имплицитные и явные правила дискурса помогают определить не только очевидную социальную ситуацию, но также и ее латентное референтное поле, то есть перенос и контрперенос.

Чтобы состоялся любой содержательный диалог, каждый партнер должен быть готов (и должен предполагать, что готов и другой) признать валидными правила дискурса для данной социальной ситуации и должен стремиться формулировать в соответствии с ними то, что он привносит (общий принцип сотрудничества, провозглашенный Грайсом (Grice, 1975)). Если дискурс нарушается неправильным пониманием или отступлением от правил, то должна быть возможна метакоммуникация о предшествующем разговоре, которая способна устранить нарушение. Например, один из участников может настаивать на следовании правилу (например: «Я поставил это как вопрос, но вы мне не ответили!»). В такой метакоммуникации прежде подразумевавшиеся правила, которые были нарушены, могут быть прояснены, и иногда такая ситуация может быть использована, чтобы вновь определить их, и в этом случае социальное содержание и (мы можем добавить) перенос и контрперенос также могут измениться. В вышеупомянутом случае Гринсона (Greenson, 1967, p. 279) мы видели вмешательство аналитика как пример такого типа коммуникаций о дискурсе: правило контрвопроса ясно введено и объяснено — таким путем аналитик освобождает пациента от беспокойства о том, что аналитик обращается с ним деспотически, то есть не придерживается общего принципа сотрудничества. Трансферентные отношения освобождаются при этом от источника агрессивного напряжения.

В каждом речевом акте общий принцип сотрудничества дополняется дальнейшими специфическими правилами в соответствии с намерением речевого акта; это позволяет адресату его идентифицировать (то есть отличать вопросы от просьб и

обвинений) и определять соответствующую реакцию. Таким образом, например, подобающая реакция на вопрос есть либо ответ, либо объяснение причины отказа дать ответ. Теперь рассмотрим молчание и контрвопрос на фоне некоторых правил дискурса.

Когда аналитик отвечает на вопрос пациента молчанием, молчанию придается смысл. Поскольку молчание может быть истолковано самым различным образом, у пациента есть множество возможностей и их выбор зависит от контекста ситуации и от текущей формы переноса. В рамках правил дискурса пациент должен предположить либо что аналитик не хочет соблюдать общий принцип сотрудничества, либо что своим молчанием аналитик хочет сообщить ему, что не выполнено одно из предварительных условий превращения его высказывания в вопрос. Если пациент допустит первое предположение, это может привести к прерыванию лечения. Это не случится, если благодаря переносу пациент готов принять, по определению, отношения, в которых аналитик может вести себя жестко. В этом случае аналитик своим молчанием внес вклад в формирование трансферентного паттерна подчинения жесткому режиму или по крайней мере подкрепил его. Однако, если пациент предполагает, что имеет место второй вариант, он, вполне возможно, также сочтет, что молчаливый способ, которым «коммуницируется» эта информация, весьма груб, — что тоже неизбежно будет иметь последствия для трансферентных отношений.

Сравнительно благоприятная ситуация еще может развиться, если пациент расценит молчание как отсутствие у аналитика требуемой информации. В этом случае последствия для переноса могут принять форму уменьшения идеализации аналитика со стороны пациента.

Техника контрвопроса Ференци — особенно если она применяется без объяснений — может быть понята пациентом как знак того, что аналитик не хочет поделиться требуемой информацией, хотя она у него есть. В самом деле существуют социальные контексты, в которых отношения между говорящим и тем, кому говорят, несимметричны (часто соответствуя неравенству власти), и это находит выражение в отсутствии желания передавать информацию. Например, в суде подзащитному не разрешается спрашивать судью (за исключением просьбы разъяснить сказанное), но противоположное безусловно разрешено. Правило Ференци (даже в модификации Гринсона) сводится к тому, что аналитическая ситуация предстает как некое поле взаимодействия, в котором никакие просьбы об информации со стороны пациента недопустимы. Пациент вбирает это в свои трансферентные явления по-разному, в зависимости от своих диспозиций. Одна из возможностей может состоять в том, что

он представит себе аналитическую ситуацию как сцену суда. Если он обладает переносом соответствующего характера, то может предположить, что общий принцип сотрудничества здесь не соблюдается. Мы уже рассматривали такую возможность при обсуждении молчания со стороны аналитика. Опасность этого особенно велика во вступительной фазе, когда пациент еще не может постичь смысла правил психоанализа.

Несколько иная ситуация возникает, если аналитик следует предложению Гринсона и объясняет пациенту цель техники контрвопроса. Такое объяснение не имеет длительного действия, но укрепляет рабочие отношения, особенно если информация о правилах обогащается интерпретациями.

Нам бы хотелось подвести итог размышлениям о теории речевого акта следующим образом: пациент приходит в анализ в значительной степени с предсознательными знаниями о правилах дискурса, в основном взятыми из повседневной жизни. Всякий раз, когда аналитик отклоняется от повседневных правил дискурса или неявно или явно вводит новые правила, может возникнуть раздражение, влияющее на паттерны переноса, развивающиеся у пациента. Поступая таким образом, аналитик подталкивает пациента к трансферентному паттерну, который соответствует новым правилам дискурса. Какой паттерн переноса при этом возникает, зависит от трансферентных диспозиций пациента.

### *7.4.3 Нахождение объекта и диалог*

Наши ссылки на теорию речевого акта, и особенно на вербальные паттерны вопроса, ответа и реакции, показывают, что дискурсивные правила образуют весьма дифференцированную систему взаимосвязанных реакций со стороны партнеров по диалогу. Подобно этому известны взаимосвязанные и координированные паттерны на невербальном уровне взаимодействия между матерью и ребенком. Рене Шпиц (René Spitz, 1965) называл это взаимодействие матери и ребенка диалогом и определил значение этого диалога как предварительное условие, дающее ребенку возможность достичь внутренней константности объекта. Следующим естественным шагом представляется применение соображений Шпица к вербальному диалогу в анализе, который в конце концов, как предполагается, должен вести к переструктурированию репрезентаций Я и объекта.

Согласно Шпицу, в диалоге матери и ребенка взаимосвязываются не только паттерны действий, но и их предыдущие и текущие аффекты. Дело не в том, что мать может или даже должна максимально удовлетворять каждое желание ребенка, но диалог достаточно часто должен протекать в удовлетворитель-

ном для ребенка ключе, чтобы способствовать развитию образа хороших отношений с объектом (nihil est in intellectu quod non prius fuit in sensibus — ничего нет в интеллекте, чего бы не было раньше в ощущениях).

С другой стороны, паттерны ребенка (его образ отношений с объектом) становятся дифференцированными на основе того, что мать избегает выполнять все желания ребенка, и ребенок тем самым учится контролировать свои импульсы и справляться (сначала лишь временно) с отсутствием реального человека, при этом не переполняясь аффектами.

Аналогия довербального диалога, как его описал Шпиц, с вербальным паттерном «вопрос-ответ-отклик» ясна. Дуга, натянутая между прямым ответом и откликом, — это дуга между удовлетворением и фрустрацией. Подобно матери, аналитик должен найти правильное соотношение между ними, если он хочет способствовать развитию своего пациента. Здесь становится ясно, что жесткое применение правила контрвопроса представляет слишком простое решение проблемы. На некоторые вопросы следует ответить на уровне, поставленном пациентом, если мы хотим облегчить развитие здоровых рабочих отношений. По ряду причин обязательно возникнет некоторое разочарование, например, потому, что аналитик не знает ответа, или потому, что он хочет защитить сферу своей личной жизни (таким же образом, как мать должна защищать себя от чрезмерных требований, предъявляемых ей ребенком), а также потому, что вполне естественные разочарования развивают дифференциацию паттернов отношений пациента, которые правильно отражают реальность. Таким путем аналитик полностью остается в рамках повседневных правил разговора.

Мы не хотим утверждать, что аналитик обязан следовать повседневным правилам дискурса, когда он отвечает на вопросы пациента или вообще в отношении терапевтической обстановки. Однако мы хотим подчеркнуть, что неявные и явные правила, которые вводит аналитик посредством своей техники, являются существенными детерминантами формы переноса пациента. Фладер и Гродзицки (Flader, Grodzicki, 1978) предполагают, что фундаментальное правило и правило воздержания вызывают переносы, которые повторяют отношения ребенка к людям, от которых он зависит. Конечно, возможно, не существует матери, которая избегает отвечать и вообще не отвечает ни на один вопрос своего ребенка, и, значит, в таком повторении всегда следует предполагать ятрогенный компонент (см. гл. 2). Кроме того, повторение происходит и при более благоприятных условиях. Обсуждавшийся выше стереотип отнюдь не создает плодотворного климата для того, чтобы пациент мог найти сегодня лучшие ответы, чем он находил в прошлом. Аналитик должен тщательно

оценить, сколько отступлений от повседневных правил дискурса может вынести пациент, и предвидеть последствия этого для трансферентных отношений.

Аналитический диалог извлекает уникальные возможности из того, что присущие ему дискурсивные правила в некоторых отношениях шире, чем в повседневном разговоре. Цель этого расширения масштаба, в котором интерпретация выступает как единственный, самый важный компонент, — позволить бессознательному быть внесенным в сферу сознания. Такова же и цель правила контрвопроса, которая, однако, не достигается, если правило применяется жестко. Однако, если аналитик просто по привычке отвечает на вопросы пациента, он не выполняет свою работу соответствующим образом; он должен понять, чтó бессознательно стоит за этим вопросом. Фладер и Гродзицки (Flader, Grodzicki, 1978) утверждают, что аналитик должен в конечном счете отвечать на вопросы, которые пациент не может пока еще сознательно задать. Пример прояснит это: ребенок, боящийся остаться один, спрашивает уходящую мать: «Когда ты вернешься?» Мать ответит на вопрос и, возможно, добавит несколько слов в утешение. Пациент, который задает аналитику тот же вопрос перед летним отпуском, возможно, получит в ответ следующее объяснение: «Вы спрашиваете это теперь, чтобы быть уверенным, что я вернусь и что ваш гнев по поводу моего отъезда не угрожает нашим отношениям».

Таким путем аналитик отчасти избегает ответа на вопрос (хотя в этом примере подразумевается, что аналитик вернется). Уклонение от ответа несет в себе фрустрацию. Таким образом, аналитик вместо этого начинает особого рода метакоммуникацию с пациентом, чтобы, интерпретируя перенос, пролить свет на бессознательные компоненты отношения к нему пациента, тем самым давая ответ на вопрос, который пациент не может поставить: «Почему я так агрессивен и почему я не могу выразить свою агрессивность?»

В той степени, в какой он чувствует, что аналитик понял его в этой интерпретации и что таким образом он сам учится лучше понимать себя, пациент получает что-то, в чем содержится доля удовлетворения, и, кроме того, нечто помогающее ему преодолеть свои конфликты. Таким образом, он более чем компенсирует свою фрустрацию, которую вызвал бы отказ аналитика ответить прямо на его вопрос. Однако, чтобы достичь этой стадии, то есть чтобы аналитик мог сделать помогающую интерпретацию, сначала нужно установить терапевтические отношения с сознательными, бессознательными и трансферентными компонентами. Аналитик вносит вклад в это развитие всем, что он делает или оставляет несделанным. С пациентами, внушающими опасения, жесткое следование правилу контрвопроса увеличи-

вает опасность злокачественной регрессии или ограничивает понимание пациентом интерпретаций. С другой стороны, терапевтическая цель не может быть достигнута и простым соблюдением повседневных правил разговора. Важно, чтобы аналитик стремился к ясности относительно того, каков эффект его вмешательств, и учитывал реакции пациента в своих последующих вмешательствах.

# 8 Средства, пути и цели

## 8.1 Время и место

Структура многих социальных событий в своей основе содержит категории времени и места. Регулярные клубные вечера, встречи в доме Фрейда по средам, посещения церкви по воскресеньям и летние отпуска в одном и том же месте каждый год — это лишь некоторые примеры биологически и социально обусловленного ритма жизни. Регулярность может укреплять идентичность. Сейчас мы хотели бы рассмотреть вопрос о частоте лечебных сеансов с точки зрения организации переживаемого.

Хотя Фрейд ввел свой «принцип предоставления определенного часа» исходя из прагматических соображений, тем не менее ежедневные сеансы еще и позволяли предотвратить «утерю контакта с настоящим», под которым он подразумевал жизнь пациента за рамками анализа (1913c, pp. 126—127). Однако мы должны принять во внимание и то, что само лечение может стать настоящим пациента, то есть решающим фактором в его жизни. Сравнительно недавно наметилась тенденция отхода от ежедневных сеансов, как это практиковалось Фрейдом, в сторону разных видов анализа, неодинаковых по своей интенсивности. Эта тенденция мотивирована стратегическими соображениями, то есть попыткой находить гибкие решения:

> Точная мера интенсивности лечения по времени определяется той комбинацией структурирования, конфронтации и ассимиляции, которая является оптимальной для динамики лечения, обусловленной со стороны аналитика наблюдением, участием и принятием к рассмотрению соответствующих событий, со стороны пациента — его переживаниями за пределами аналитической ситуации, их ассимиляцией между сеансами, а также целями лечения (Fürstenau, 1977, p. 877).

Александер и Френч (Alexander, French, 1946, p. 31) предложили контролировать интенсивность переноса путем варьирования частоты сеансов, и это встретило сильное сопротивление. Что же именно заставляет нас сохранять первоначально установленную частоту сеансов и изменять этот порядок только после длительного и тщательного рассмотрения? Здесь возникает

интересный вопрос: с одной стороны, частота сеансов рассматривается как переменная, зависящая от оптимальной комбинации структурирования, конфронтации и ассимиляции, но с другой — однажды установленная частота приобретает характер независимой переменной, то есть превращается в часть установленного порядка и объект, вокруг которого могут кристаллизоваться конфликты во взаимоотношениях. Согласование времени превращается в арену борьбы, вовлекающую самые разные мотивы с обеих сторон. Это может стать поводом для конфликта с той же вероятностью, что и молчание аналитика. Поскольку соблюдение графика сеансов в кабинете аналитика является важным общим условием, то оно становится особенно привлекательной мишенью для бессознательных нападок со стороны пациента. Это весьма чувствительная область, так как пациент может угрожать автономности аналитика, нападая на его способ обращения со временем как основу организации деятельности. Чем более непреклонен аналитик в защите принятой частоты сеансов, тем более интенсивной может стать борьба.

Установление частоты встреч является вопросом, который лишь в довольно ограниченной мере может быть выведен из теории техники. Само по себе решение о шести, пяти, четырех, трех, двух или даже одном часовом еженедельном сеансе не позволяет нам предсказывать последующий набор приемов, делающих терапию возможной в чрезвычайно разнообразных условиях, как это видно из описания Рэнгелла (Rangell, 1981) в его ретроспективном обзоре собственного двадцатипятилетнего профессионального опыта. Конечно, частота сеансов влияет на размер пространства, доступного для развертывания бессознательных процессов. Это подводит нас к метафоре сцены, которую мы, как и Шарп (Sharpe, 1950, p. 27) и Лёвальд (Loewald, 1975) до нас, принимаем вполне серьезно. Размер сцены, то есть доступное для действия пространство, задает общие рамки, однако от режиссера требуется гораздо больше, чем простое размещение актеров на сцене. Лёвальд (Loewald, 1975, pp. 278—279) говорит о трансферентном неврозе как о драме, которая создается и разыгрывается пациентом вместе с аналитиком. К тому же для нас представляет особый интерес вопрос о количестве времени, необходимого каждому отдельному пациенту, чтобы разыграть в аналитических отношениях свои бессознательные конфликты. Сегодня представляется очевидным, что стандартизованные установки, например: четыре часа — это тот минимум, который позволяет развиться неврозу переноса, являются пережитком ортодоксального понимания психоанализа. Можно продемонстрировать, что в ситуации, когда число еженедельных сеансов по экономическим причинам необходимо сократить, как, например, во Франции, где, как правило, анализ

проходит в три еженедельных сеанса, сущность аналитической активности не находится в прямой зависимости от этого внешнего фактора. В редких случаях терапевтический процесс может установиться и поддерживаться только при высокой частоте лечебных сеансов (пять или шесть сеансов в неделю). В таких обстоятельствах подобная частота вполне оправданна. Мы полагаем, однако, что миф о единообразии в настоящее время затуманивает психоаналитическую мысль, препятствуя любому объективному обсуждению индивидуальных случаев — как, например, сколько сеансов в неделю необходимо данному пациенту.

Мнение о том, что одинаковая частота сеансов для всех пациентов позволяет более удовлетворительно определять различия между реакциями пациентов на стандартизованную ситуацию, кажется нам ложным и ограниченным пониманием правил. Бахрах (Bachrach, 1983), сравнивая психоаналитическую процедуру с приготовлением препарата для микроскопического исследования, которое требует соблюдения правильной процедуры для обеспечения сравнимости результатов, допускает фундаментальную ошибку, предполагая, что такие же данные можно собрать также и в социальной ситуации, используя предписанный набор внешних процедур. Как мы уже говорили при обсуждении вопроса об анализируемости, вынесение за скобки специфического смысла таких внешних процедур создает иллюзию.

Однако значение частоты и желаемой интенсивности лечения может быть адекватно понято, только если предметом теоретического и клинического обсуждения становится вопрос о том, как анализируемому удается согласовывать свои переживания в анализе с тем, что находится за его рамками. Пациентам, которым необходимо длительное время для создания связей между отдельными сеансами, прячущимся в своеобразную защитную капсулу и тормозящим развитие процесса самоанализа, очевидно, потребуется большая частота сеансов, чем пациентам, которые довольно быстро развивают эту способность и умение ее использовать. Таким образом, «аналитическое пространство» (Viderman, 1979) относится также и к миру интрапсихического опыта, открываемого аналитическим процессом, а не только к конкретному периоду самого по себе лечения. Фрейд писал в этой связи, что «для легких или уже далеко продвинувшихся в своем течении случаев вполне достаточно трех дней в неделю» (1913c, p. 127).

На кандидатов в ходе их обучения налагается особая нагрузка: например, от них требуется строго придерживаться предписанной частоты — четырех сеансов в неделю. Если пациент желает снизить частоту до трех или даже двух сеансов, то после всестороннего рассмотрения ситуации часто бывает невозможно уклониться от его вопросов, а будет ли меньшее число сеансов

недостаточным и почему нельзя даже только попробовать его сократить. В большинстве случаев и ситуаций отсутствуют какие-либо убедительные аргументы; кандидат, обучаясь, напротив, обязан придерживаться четырех сеансов, чтобы получить формальное признание в качестве психоаналитика. Он должен принять трудное решение. Если он согласится на сокращение, аналитический процесс будет протекать в изменившихся условиях и может даже стать более продуктивным в силу возросшей автономии пациента. Однако в таком случае кандидат возьмет на себя значительное бремя: анализ только с тремя сеансами в неделю не будет зачтен и, следовательно, это приведет к значительному увеличению продолжительности его обучения, возможно на три года или даже на еще больший срок. Самое худшее, когда борьба вокруг частоты сеансов приводит к окончанию анализа. Однако, если пациент подчиняется предписанию, не будучи убежден в его правильности, психоаналитический процесс, по крайней мере временно, идет очень напряженно, и терапевтическая эффективность оказывается под угрозой.

Протяженность отдельного сеанса почти всегда составляет 45—50 минут. «Время от времени встречаются также пациенты, которым необходимо предоставить времени больше, чем обычный час в день, поскольку добрая часть этого часа исчезает прежде, чем они вообще начинают раскрываться и становятся коммуникабельными» (Freud, 1913c, pp. 127—128). Разве сегодня встреча с такими пациентами кажется нам необычной или мы просто не желаем встречаться с ними? Жалобы, что 45—50-минутный сеанс является слишком коротким, не так уж редки.

Субъективное переживание времени определяется тем, что было или не было достигнуто в терапевтической работе в отведенное время: оно определяется взаимодействием. И хотя очевидно, что аналитик не может просто уступать назойливым желаниям, а должен их анализировать, следует помнить о словах Фрейда: «Среднее время — около одного часа в день». Слово «средний» подразумевает, что существует вариативность вокруг середины. Однако, несмотря на то что время — деньги, в современной практике отклонения, вероятно, являются минимальными. Гринсон, в частности, критиковал материальную заинтересованность аналитика в выдерживании точного графика сеансов; особенно он отметил практику сокращения приемлемого перерыва между сеансами.

Я полагаю, что сокращение 50-минутного часа является симптомом материалистической тенденции в психоаналитической практике, развивающейся за счет гуманистической и научной точки зрения. Очевидно, что прием пациента за пациентом по расписанию конвейерного типа представляет собой акт враждебности, каким бы скрытым и бессознательным он ни был (Greenson, 1974, pp. 789—790).

Критические замечания Гринсона сводятся к тому, что аналитику необходима достаточная дистанция от субъективного мира аналитического процесса одного пациента, чтобы можно было уделить безраздельное внимание новому пациенту. Ввиду большого разнообразия в стиле работы мы полагаем, что каждый аналитик должен сам решать вопрос о продолжительности требующегося ему перерыва.

Способ переживания времени, идущий от анаклитически-диатрофической фазы развития, считается существенным фактором, влияющим на успешность фундаментального опыта пациента в психоаналитической ситуации (Stone, 1961). Кафка (Kafka, 1977, p. 152) отмечает, что особый интерес психоаналитика к чувству времени, возможно, проистекает из того факта, что он постоянно наблюдает, как прошлый опыт структурируется в настоящем. Однако необходима особая чуткость к временным аспектам психоаналитической деятельности. Теоретически трудно ответить на вопрос о том, как старые схематически хранящиеся знания с присущей им сгущенной временной структурой преобразуются в текущий временной поток (Bonaparte, 1940; Ornstein, 1969; Schachtel, 1947; Loewald, 1980). «Психопатология времени» представляет собой еще одну важную область для аналитика (Hartocollis, 1985). К сожалению, забыта работа Шилдера (Schilder, 1935a), который пытался применить к психоанализу феноменологические исследования Штрауса (Straus, 1935), фон Гебсаттеля (Gebsattel) и Минковского (Minkowski, 1933). Лёвальд пытался вновь оживить эту теоретическую дискуссию, имеющую гораздо более прямое, чем кажется, отношение к лечению (Loewald, 1980, pp. 138—139).

Кафка (Kafka, 1977, p. 152) особенно отмечает следующие моменты: «Аналитический час пациента» — это «длительный тайм-аут (в работе, в обычной деятельности, в обычном стиле поведения, в обычном стиле общения)». Один из факторов, определяющих природу этого тайм-аута, то есть степень, до которой пациент может отойти от повседневной деятельности и чувства времени, — это способ использования аналитиком этого часа, включая и настоящую функцию молчания аналитика:

> Мир за стенами комнаты уходит на задний план. Тишина действует подобно абажуру, смягчающему слишком яркий свет. Давящая близость материальной реальности становится отдаленной. Как будто молчание аналитика уже отмечает начало более спокойного, менее сиюминутного взгляда на других и на себя (Reik, 1949, p. 123).

Молчание аналитика, если оно хорошо дозировано, может поддержать тайм-аут пациента и помочь ему обратиться к своему внутреннему, субъективно переживаемому чувству времени. Регулярность сеансов создает структуру особых по частоте рит-

мов, делает возможным для пациентов развитие их собственного аналитического чувства времени, то есть личное восприятие тайм-аутов. Для аналитика сеанс — это «длительное и сравнительно обычное (time in) рабочее время» (Kafka, 1977, p. 152). Как аналитик использует его, определяется его личным настроением, а также и ритмом, который развился во взаимоотношениях с пациентом. Другими словами, использование аналитиком аналитического часа определяется его личным понятием времени, временем, имеющимся в его распоряжении, и ощущением вневременности бессознательного. «Аналитик в большей степени, чем его пациент, допускает, что связность (contiguity) коммуникации (и переживаний) обладает возможными «смысловыми» подтекстами, которые шире самой по себе связности» (Kafka, 1977, p. 152). У аналитика имеются свои, зависящие от теории гипотезы о временной структуре, которая в линейно-временном виде содержится в материале пациента. Он может усмотреть «смысловую связь» в высказываниях, сделанных в весьма различное время. Эта конструктивная деятельность поначалу относительно нова для пациента, и он сначала должен убедиться в правильности такого взгляда на вещи. Поэтому Кафка называет аналитика «конденсатором» и «расширителем времени».

От пациента ожидается, что он интернализирует эту смелую конструктивистскую форму получения доступа к временному измерению в смысле ассимиляции истории жизни, как это описывал Хабермас.

Я думаю, что процесс иного связывания событий и чувств — в смысле привнесения новой информации, связывающей эпизоды, вновь пережитые во время психоанализа, — позволяет реорганизовать и по-другому интерпретировать чувство времени. Эта реорганизация может усилить чувство непрерывности и способствовать расширению временной перспективы и ее распространению на будущее (Kafka, 1977, p. 154).

Индивидуальные тайм-ауты аналитических сеансов соединяются, создавая период времени, продолжительность которого трудно предсказать, особенно в начале лечения. Нежелательный вопрос, который пациент задает врачу в самом начале, — это: «Сколько времени займет лечение? Сколько времени потребуется вам, чтобы избавить меня от моих трудностей?» (Freud, 1913c, p. 128). Остроумный совет Фрейда — обратиться к басне Эзопа:

Наш ответ подобен ответу, данному Философом Путнику в басне Эзопа. Когда Путник спросил, сколько времени еще ему предстоит идти, Философ всего лишь сказал: «Иди!» — и потом объяснил свой явно бесполезный ответ тем, что он должен знать длину шага Путника, прежде чем ответить, сколько времени займет путешествие. Эта уловка помогает преодолеть первые трудности; но сравнение не из лучших, так как невротик может легко изменить свой темп, а иногда продвигается вперед очень мед-

ленно. В действительности на вопрос о предполагаемой продолжительности лечения почти невозможно ответить (1913с, р. 128).

Если обратиться к нынешней практике, мы обнаружим лаконичные замечания о так называемой стандартной процедуре, например что «лечение предполагает четыре или пять сеансов в неделю и обычно длится около четырех или пяти лет, в редких случаях продолжается меньше трех лет, а в некоторых случаях даже может длиться более шести лет» (Nedelmann, 1980, р. 57). Хотя большинство видов психоаналитической терапии проводится в более короткий период времени, весьма своевременна постановка вопроса о том, почему неоклассическая техника привела к такому удлинению сроков лечения, что усилия и результат пребывают в столь хрупком равновесии. Когда Фрейд упоминал о «долгом периоде времени», он имел в виду «полгода или целые годы — более длительные периоды, чем ожидает пациент» (1913с, р. 129).

В разделе 8.9 мы обсудим более подробно факторы, которые привели к увеличению продолжительности психоаналитического лечения. Здесь мы хотели бы, однако, подчеркнуть, что при обсуждении периода времени, требующегося для психоаналитического лечения, возникает тенденция к опасному смешению субъективно переживаемого времени (Minkowski, 1933) с объективно прошедшим периодом времени. Именно по этим соображениям мы подвергли критическому изучению те стратегии, которые мы считаем выражением, согласно Габелю (Gabel, 1975), материализовавшегося понимания психоаналитического процесса.

Время — это диалектическое измерение не только потому, что в противоположность пространству его невозможно представить в состоянии покоя, но также и потому, что его ход осуществляет диалектический синтез, постоянно вновь рождающийся из своих трех измерений: настоящего, прошедшего, будущего. Это целостность, которая может быть разъединена материализацией прошлого или будущего... (Gabel, 1975, р. 107)

Изучение психоаналитического пространства, напротив, должно начинаться с конкретного пространства и описывать его смысловое расширение метафорически. Пациент формирует аналитическое пространство на основе своего субъективного опыта, то есть его индивидуальной схемы апперцепции, и ожидает в этом пространстве встретить аналитика. Видерман сформулировал это следующим образом:

Трансферентный невроз развивается не в пространстве, лишенном аффектов... Аналитический процесс возможен только в особой обстановке, создаваемой техническими правилами, при которых взаимодействуют аффекты и контраффекты двух организаторов аналитического пространства (Viderman, 1979, р. 282).

Кабинет аналитика образует внешнее обрамление, в котором разворачивается терапевтический процесс. Изолированное и безопасное пространство, находящееся за табличкой «Не беспокоить», создано для диадической деятельности, которая ограничена во времени и физические черты которой могут иметь положительное или отрицательное влияние.

Хотя в литературе очень мало говорится о помещении, в котором проходит лечение, всем психоаналитикам знакома фотография комнаты, которую использовал Фрейд. Ее детально описал Энгельман (Engelman, 1976); для Дулиттла (H. Doolittle, 1956) это место было священным. Фрейд стимулировал развитие переноса своей личностью и своим лечебным кабинетом и понимал метафору зеркала не в смысле сплошного чистого экрана. В противоположность этому рассказывают анекдоты об аналитиках, которые пытаются стандартизировать все внешние влияния, используя очень монотонное помещение, заставляя портного снова и снова шить им все тот же костюм и другими способами пытаясь превратиться в совершенное зеркало. Такой подход критиковал Фенихель (Fenichel, 1941, p. 74).

Если мы используем максиму, что аналитику должно быть удобно в аналитическом пространстве, с тем чтобы это также мог почувствовать и пациент, тогда обустройство пространства может быть разнообразным. Конкретное обустройство можно тогда исследовать, чтобы определить, в какой мере оно отражает конгруэнтность позиции и поведения аналитика. Главной характеристикой аналитического пространства является сам аналитик, который сидит спокойно или передвигается и лично обставляет свой кабинет. Работы Гоффмана (Goffman, 1961) по ролевой теории помогают понять аналитическое пространство как обстановку, постановку (setting) лечебного процесса. Снова и снова объектом обсуждений становилось множество мелких деталей, касающихся использования аналитиком терапевтических отношений; это ясно указывает на то, что реальные отношения есть часть системы ролей в модели, описывающей, как обеспечиваются данные особые услуги (Goffman, 1961). Аналитик решает, где должен проходить анализ, то есть где могут развиваться психоаналитические отношения, и своим обустройством обстановки делает себя объектом обсуждения. Лечебное помещение должно иметь качество «облегчающей среды». Мы наделяем аналитика способностью проявлять «заботу» (Winnicott, 1965) и умением ощущать, тепло ли в комнате и не нуждается ли пациент в одеяле. Трудности, идущие от понимания пространства как продолжения самого аналитика, встречаются нечасто с пациентами-невротиками, чье любопытство в отношении предметов, находящихся в комнате, и обстановки может быть удовлетворено и встречено в соответствии с рекомендациями о том, как отве-

чать на вопросы (см. разд. 7.4). Трудности возникают тогда, когда пациенты с сильными нарушениями воспринимают лечебное помещение как переходный объект (transitional object). Гринсон проиллюстрировал это на примере одного пациента, который через поглаживание обоев мог почувствовать успокоение, которого ему не мог дать своим голосом Гринсон. «Даже кабинет аналитика может оказывать мощное воздействие, выступая для пациента в качестве убежища от опасностей внешнего и внутреннего мира» (Greenson, 1978, p. 208).

Кроме того, прямое использование кабинета аналитика в качестве облегчающей обстановки подразумевает и то, что аналитик все время должен осознанно держать в уме сепарационный процесс. Если пациент относится к комнате и к находящимся в ней предметам так, как будто они принадлежат ему, а аналитик недостаточно быстро разъясняет пациенту спутанность между «моим» и «твоим», то в результате отрицается то, что «доля» пациента в этой комнате ограничена во времени и в принципе является неполной. Возникающее в результате непонимание препятствует терапевтическому процессу. В этом отношении проблема границ Эго, являющаяся абстрактной темой в теории Федерна (Federn, 1952), становится технически вполне уместной. Границы, конечно, представляют первостепенную важность во всех пограничных случаях. Практикующему в своем кабинете аналитику часто бывает трудно решить проблему разумного обозначения границ, поскольку они должны обозначаться индивидуально. Напротив, в учреждениях иногда трудно получить кабинет, который был бы персонально обустроен аналитиком.

Восприятие пациентом кабинета аналитика является важной предпосылкой для того, чтобы он мог обогатить свои ограниченные идентификации человеческими чертами и личными переживаниями путем формирования переходных объектов. Пациент также повсюду обнаруживает пороги и границы, а следовательно, и автономию и личное пространство аналитика. Если кабинет аналитика находится в его доме, то личные комнаты недоступны для пациента, в то время как в учреждении пациент и аналитик могут встретиться в туалете. В результате создается противоречие между назойливым желанием пациента как-то принять участие в личной жизни аналитика и уважением к его личному пространству. Устанавливая пространственные и временные ограничения, аналитик подает пример индивидуализации и автономии. Чтобы иметь возможность достичь этой цели, пациент добровольно приносит в жертву часть своей независимости на какое-то время для последующего обретения большей и более свободной от тревоги автономии.

## 8.2 Психоаналитическая эвристика

«Эврика! Я нашел!» — вот что воскликнул, как говорят, греческий математик Архимед, открыв закон вытеснения. Эвристику определяют как искусство открытий и как методологическое руководство для открытия чего-то нового. Собранные вместе небольшие достижения пациента равнозначны открытиям, имеющим большое терапевтическое значение, даже если они затрагивают положение всего лишь одной личности и ее ближайших родственников и не войдут в историю, как восклицание Архимеда. Если пациент проделал работу, приведшую его к новому инсайту, аналитик доволен, что идея, которую он породил на основе своей профессионально подготовленной эмпатии, упала на благоприятную почву.

Несмотря на удовольствие от успешности совместных поисков, аналитик по ряду причин остается сдержанным. Он не хочет связывать гордость и удовлетворение пациента с творческой находкой необычного и удивительного решения. И возможно, он будет ждать еще долго, прежде чем выкажет свое согласие с пациентом, поскольку считает, что подтверждение, даже и ограниченное, обладает неуместным дополнительным суггестивным воздействием. В такие моменты у него даже может появиться желание сказать, что одна ласточка весны не делает. И в конце концов эвристика оказывается перед сложным вопросом, насколько обоснована убежденность в том, что подтверждено или даже вновь открыто нечто важное. Во всяком случае, вопрос в том, чтобы путем критического рассмотрения с совершенно разных позиций определить правдоподобие предполагаемой связи. Как сказал Фрейд,

> мы даем пациенту сознательную предварительную идею, и затем он находит в себе вытесненную бессознательную мысль на основе ее сходства с предварительной идеей. Эта интеллектуальная помощь позволяет ему преодолеть сопротивление между сознательным и бессознательным (1910d, p. 142).

Мы согласны с Боденом (Boden, 1977, р. 347) в том, что «эвристика — это метод, направляющий мышление по пути, на котором вероятнее всего достижение цели, а менее обещающие направления остаются неисследованными». В отличие от этого алгоритмические стратегии описываются как системы правил, которые налагаются или определяются пошаговым методом. Нельзя ошибиться, если следовать алгоритму предписанным путем. С повышением степени сложности ситуации шаги, предписываемые алгоритмическими стратегиями, становятся все более сложными; в этом случае предпочтительнее использование эвристических правил.

Метафора Фрейда о шахматах ясно показывает, что он осознавал сложность и неопределенность психоаналитической ситуации. Хотя он не делал различий между алгоритмическим и эвристическим методами, тем не менее его технические рекомендации в значительной степени соответствуют нашему пониманию эвристических стратегий. Алгоритмические черты, чуждые по сути психоаналитической технике, присутствуют в той степени, в какой теряется гибкость в применении этих рекомендаций. Понимание основного правила как эвристической стратегии подчеркивает нашу концепцию о том, что психоаналитическая ситуация — это сложная многозначная ситуация, которая может быть понята, только если аналитик получит больше информации, чем та, которая доступна изначально.

Основная цель эвристических стратегий — это сбор и организация соответствующей информации. Хорошие эвристические стратегии уменьшают неуверенность, сложность, неопределенность и увеличивают вероятность понимания того, что важно в каждый конкретный момент. Эти процессы начинаются с предположения, что собираемая с их помощью информация может дополнить уже имеющиеся знания и что критерий для включения или исключения материала возникает в самом процессе поиска. Алгоритмическая процедура снижает сложность и количество идентификаций искусственным и слишком быстрым способом. Она приписывает смысл материалу на основе предыдущего знания и тем самым завершает поисковый процесс искусственным и неприемлемым образом.

Из трудов Фрейда можно извлечь большое число технических правил, то есть рекомендаций по лечению, которые предназначены, чтобы направлять непосредственную деятельность, как это было продемонстрировано исследовательской группой во Франкфурте (Argelander, 1979, pp. 101—137). Если под техникой понимать способы и средства применения метода (см., например: Rapaport, 1960), то правила можно классифицировать на типы в соответствии с их функцией в аналитическом процессе.

Стратегии, которые способствуют процессу включенного наблюдения, то есть касаются отношения к психоаналитическому восприятию, рекомендуют аналитику быть очень внимательным к эмоциональным переживаниям пациента, а иногда, чтобы принять участие в его субъективном опыте, идентифицироваться с ним. Общее для аналитика правило о поддержании равномерно распределенного внимания и переводе всего, что ему говорит пациент, *в свою собственную бессознательную психическую деятельность* определяет именно тот вид включенного наблюдения, который способствует восприятию бессознательных мотиваций. Важность «свободного ассоциирования» аналитика, кото-

рое должно происходить внутри его равномерно распределенного внимания, подчеркивает для него необходимость обогащать фрагментарные описания пациента своим собственным опытом (Peterfreund, 1983, p. 167).

В дополнение к стратегиям слушания имеются стратегии ведения разговора, которые может использовать аналитик, чтобы помочь пациенту придавать значение своим утверждениям. Аналитик дополняет эти общие стратегии, нацеленные на развитие субъективного аспекта в комментариях пациента, направляя свое внимание и внимание пациента на особенно необычные, редкие или единичные случаи, не являющиеся частью повседневного потока переживаний. В этом отношении Аргеландер (Argelander, 1979) ссылается на случай Доры, где ориентиром служили только «некоторые детали того, как она выражала себя» (Freud, 1905e, p. 47). Если утверждения, организованные в соответствии с первичными и вторичными процессами, совпадают, возникают явления, обозначенные термином «феномены интерференции». Эти стратегии сначала ведут к нарушению равномерно распределенного внимания, затем к состоянию готовности и, наконец, к фокусировке внимания (см. гл. 9): готовность к аналитическому восприятию превращается в готовность к аналитическому действию. Осуществляя эвристический поиск, внутренние душевные процессы исследуют новую информацию с различных точек зрения. Аналитик привлекает к использованию специфичные для данного случая, индивидуальные и обобщенные рабочие модели и готовится к вмешательству.

Теперь коснемся той формы, которую теоретически принимают основополагающие процессы. На основе дискуссии о понятии эмпатии Хайманн (Heimann, 1969) применила свои идеи о когнитивном процессе аналитика к трем функциональным состояниям; она обратилась к предположению Гринсона (Greenson, 1960) о рабочей модели, которую аналитик придумывает для себя. Следует отметить, что на эту мысль Хайманн натолкнула обзорная статья, в которой Холт (Holt, 1964) обсуждал состояние когнитивной психологии. Мы считаем эту область одним из пограничных разделов, где можно отметить влияние когнитивной психологии на пересмотр психоаналитической метапсихологии. Развитие когнитивной психологии и исследований искусственного интеллекта (Lindsay, Norman, 1977) ведет к существенному разграничению понятий, использованных Гринсоном в его рабочей модели, которую мы хотим сейчас описать вслед за Петерфройндом (Peterfreund, 1975, 1983).

Многие аналитические концепции основаны на идеях об организации памяти. В когнитивной психологии эти динамично структурированные системы обозначаются с помощью терминов

«карты», «модели», «репрезентации», «структуры знания», «схемы» или «сценарии». Петерфройнд использует термин «рабочая модель». Информация, составляющая различные рабочие модели, основана на данных, которые организм отобрал и организовал в течение своей жизни. Научение может быть понято как создание рабочих моделей. Хотя основу этих моделей формируют врожденные генетические программы, они продолжают развиваться в течение жизни. Системы, составляющие рабочие модели, могут быть описаны с использованием таких терминов, как «информация», «переработка данных» и «хранящиеся программы». Когда рабочая модель активизируется, большинство процессов происходит на предсознательном уровне.

Большое число различных рабочих моделей весьма правдоподобно, в диапазоне от «общих познаний о мире» до «знания истории своей собственной жизни». Полезно также различать «когнитивные модели психологии развития» и «когнитивные модели, касающиеся терапевтического процесса».

Эти рабочие модели не содержатся одна внутри другой подобно комплекту матрешек, их следует понимать как части сетевидной структуры с многочисленными временными и пространственными пересечениями. Аналитик обычно работает с этими моделями на предсознательном уровне; предположительно они функционируют как схемы в когнитивной психологии (Neisser, 1976). Они погружены в поток переживаний и в то же время определяют, чтó субъект принимает.

Схема — это та часть всего перцептивного цикла, которая является внутренней по отношению к воспринимающему, она модифицируется опытом и так или иначе отвечает тому, чтó воспринимается. Схема принимает информацию, как только последняя оказывается на сенсорных поверхностях, и изменяется под влиянием этой информации; схема направляет движение и исследовательскую активность, благодаря которым открывается доступ к новой информации, вызывающей в свою очередь дальнейшие изменения схемы (Neisser, 1976, p. 54).

Построение и демонтаж структур опыта происходят в разном темпе и при различных условиях в различных рабочих моделях. Абстрактные понятия метапсихологии являются стабильными, потому что они никогда не подвергаются серьезной угрозе со стороны опыта. Напротив, рабочие модели, более близкие к опыту, испытывают влияние клинической проверки. Развитие теории истерии является живым примером того, как Фрейд смог реализовать весь потенциал своего концептуального подхода, только заменив реальную травму воображаемой травмой обольщения (Krohn, 1978).

## 8.3 Специфические и неспецифические средства

### *8.3.1 Общие подходы*

Со времени своего возникновения психоанализ проводил различие между разными терапевтическими средствами. Психоаналитический метод сформировался в результате его дифференциации от *суггестии* и акцентировался на *инсайте* и *припоминании* со стороны пациента, которые поддерживаются интерпретациями аналитика. Несмотря на сомнения в связи со смыслом, приписываемым понятиям «специфический» и «неспецифический» (Thomä, 1980; Cheshire, Thomä, 1987), терапевтические средства легче классифицировать в рамках этих критериев, нежели по контрасту объектных отношений и интерпретации.

Полвека назад психоанализ поляризовался, и последствия этой поляризации можно все еще ощутить. Эффекты этой поляризации вынудили Кремериуса (Cremerius, 1979) задать вопрос, не существует ли двух психоаналитических техник. Он ссылался, с одной стороны, на классическую *инсайт-терапию* с упором на интерпретацию, а с другой — на *терапию, основанную на эмоциональном опыте* и приписывающую основную терапевтическую функцию переживанию, возникающему в объектных отношениях. Эта поляризация восходит к противопоставлению, сделанному Ференци и Ранком (Ferenczi, Rank, 1924), между терапевтическим эффектом переживания и эффектом, достигаемым определенным интерпретативным фанатизмом; они даже считали психоаналитическое переживание главнее в терапевтическом отношении, чем реконструкцию через воспоминание. В ответ на это сторонники классической техники стремились противостоять слишком большому упору на переживание вплоть до позднего исследования Фрейда «Конструкции в анализе» (1937d).

В начале 1950-х годов переживание вновь было дискредитировано, на сей раз как результат манипулятивного использования корректирующего эмоционального опыта в предложенной Александером технике. В 1937 году Александер был одним из самых резких критиков Ференци и Ранка (Thomä, 1983a). Крайние позиции еще больше разошлись, когда Эйсслер (Eissler, 1953) ввел технику базовой модели с ее ведущим понятием «параметр». В разделе 8.3.3 мы более подробно опишем инсайт-терапию, базирующуюся на чистой интерпретации; но прежде мы хотели бы подчеркнуть, что со столь жестким противопоставлением двух техник связано довольно много проблем. Одним из элементов спора было утверждение, что терапия эмоционального опыта является особенно эффективной в коррекции

доэдиповых дефектов, то есть тех, которые возникали на довербальных фазах развития. Так, Балинт указывает на контраст между интерпретацией, инсайтом и объектными отношениями (см. разд. 8.3.4). Даже Я-психология (self-psychology) Кохута сохраняет схему расстройств эдипова и доэдипова уровней, или, более коротко, двух- или трехперсональную психопатологию. Хотя понимание Кохутом эмпатической компенсации дефектов Я сильно отличается от терапии дефицита Ференци, у них довольно много общих практических аспектов. Эти сходные моменты обнаруживают себя там, где необходимо каким-то образом сбалансировать недостаточность материнской заботы в прошлом. Поскольку чисто интерпретативная техника недооценивает терапевтическую эффективность подтверждения (confirmation) и удовлетворения (gratification), так как эти действия как будто нарушают норму абстиненции, то в результате «эмпатия» становится собирательным термином, описывающим глубокое невербальное и подтверждающее понимание за пределами интерпретации, предшествующее ей или независимое от нее.

В развитии техники с обеих сторон были случаи пренебрежения и обесценивания, что имело соответствующие последствия для практики. По одной версии, терапевтическая функция подтверждения и удовлетворения выступает в качестве неспецифического фактора, который противопоставляется специфическим интерпретациям (Heigl, Triebel, 1977). По другой версии, безмолвный взгляд нарциссического восхищения становится лекарством для поврежденного образа Я. Простые процессы обретения новых ценностей и смысла путем межличностного соглашения во время критических обсуждений реалистических восприятий «здесь-и-теперь» приобретают мистическое качество.

Очевидно, что классификация на специфические и неспецифические факторы может завести в тупик, если эти факторы не рассматриваются как взаимодействующие. В зависимости от ситуации фактор, который вообще является неспецифическим и образует часть молчаливого фона, может в определенные моменты взаимодействия выдвинуться на первый план и превратиться в специфическое средство. Представляется очевидным, что такая перемена должна быть концептуализирована в виде инверсии фигуры и фона, как она определена в гештальтпсихологии.

Бибринг (Bibring, 1937), независимо от интерпретативной техники, приписывал молчаливому фону стабилизирующий эффект.

> Даже если эти тревоги будут позднее разрешены аналитически, я все же хотел бы думать, что переживание уверенности в том, что поддержка аналитика не будет потеряна, *немедленно* укрепляет чувство безопасности, которое не было приобретено или было очень слабым в детстве, возможно

из-за отсутствия такого переживания уверенности. Однако немедленная консолидация имеет длительную ценность только в контексте аналитического процесса, хотя она и не является в действительности частью аналитической терапии (Bibring, 1937, pp. 30—31).

Как уже указывалось (Thomä, 1981, p. 73), вклад аналитика в чувство безопасности и уверенности пациента является существенной частью психоаналитической ситуации; этот вклад находится в отношении дополнительности к специфическим средствам. Страпп (Strupp, 1973, p. 35) подчеркивал также, что специфические и неспецифические факторы являются не заданными, противостоящими друг другу величинами, но взаимозависимыми.

### *8.3.2 Воспоминания и реконструкция*

Хотелось бы начать с терапевтического эффекта припоминания:

Строго говоря (а почему бы этот вопрос не рассмотреть со всей возможной строгостью?), аналитическая работа только в том случае заслуживает признания в качестве истинного психоанализа, если она успешно устраняет амнезию, которая скрывает от взрослого человека его знания о своем детстве с самого начала (то есть примерно со второго до пятого года жизни). Среди аналитиков это нельзя повторять слишком настойчиво или слишком часто. Мотивы пренебрежения этим напоминанием на самом деле понятны. Было бы весьма желательно добиться практических результатов за более короткий период и с меньшими трудностями. *Но в настоящее время теоретическое знание все еще остается гораздо более важным* для всех нас, нежели терапевтический успех, и всякий, кто пренебрегает анализом детства, обязательно впадает в самые катастрофические ошибки. Упор, который здесь делается на значимости ранних переживаний, не подразумевает какой-либо недооценки влияния поздних переживаний. Но более поздние жизненные впечатления довольно громко говорят о себе устами пациента, в то время как именно врач должен отдать свой голос притязаниям детства (Freud, 1919e, pp. 183—184; курсив наш).

Все еще продолжаются споры о том, какие отдельные процессы сложного события должны рассматриваться в качестве необходимых, а какие — в качестве достаточных условий. Некоторые воспоминания сопровождаются незначительными аффектами и не приводят к изменениям ни в терапии, ни вне ее. Существует также эмоциональное отреагирование (abreaction), имеющее кратковременное значение. Очевидно, для достижения терапевтического эффекта необходимо добавить нечто к воспоминанию и отреагированию. Может быть, это чувство безопасности, связанной со способностью иначе и лучше, чем в терапевтической ситуации, справляться с патогенными переживаниями? Каким образом пациент начинает ощущать себя в безопасности, преодолевая собственную беспомощность подобно сновидцу, который наконец справляется со своим кошмаром?

Является ли это результатом присутствия понимающего психоаналитика, с которым идентифицируется пациент, что дает ему добавочную силу, позволяя использовать аналитика в качестве вспомогательного Эго? Достаточно ли понимать бессловесную коммуникацию? Обеспечивают ли идентификация с аналитиком и рабочий альянс достаточную безопасность пациента, чтобы эмоциональное воспоминание стало возможным, не обладая само по себе дополнительным терапевтическим воздействием? Может быть, отреагирование и воспоминание являются вторичными показателями благоприятного течения терапии, а не его предпосылкой? Эти вопросы встают перед нами, когда мы оцениваем значение инсайта в терапевтическом процессе. Падает ли инсайт подобно плоду с древа познания и являются ли изменения его следствием? Необходимость проработки показывает, что это явно не так.

В стремлении добиться интеграции и синтеза крайне важно, чтобы регрессия пациента не превышала того, чтó его Эго способно выдержать; только тогда условия для интеграции и синтеза являются благоприятными. С нашей точки зрения, не стоит придерживаться мнения Фрейда, что после анализа синтез осуществляется сам по себе. Мы полагаем, что психоаналитик никогда не должен упускать из виду цель создания наилучших предпосылок, чтобы облегчить интеграцию и синтез у пациента. В своем исследовании о восстановлении детских воспоминаний Крис (Kris, 1956b) подчеркивал, что реконструкция в лучшем случае может достигнуть приближения к действительным фактам. То, что основная цель интерпретаций, согласно Крису, не заключается в выявлении воспоминаний, имеет для техники важные последствия. Для Криса целью интерпретаций является создание благоприятных условий, помогающих пациенту вспомнить. Задача пациента упрощается, если средствами интерпретации удается создать определенную степень сходства между текущей и ранней ситуациями. Крис различает динамические интерпретации, которые относятся к конфликтам текущего момента, и генетические интерпретации, которые относятся к архаическим импульсам и ранним бессознательным фантазиям. Установление континуума, связывающего динамические и генетические интерпретации, является одной из целей анализа (Fine et al., 1971, p. 13). Эта тема имплицитно содержится в интерпретациях переноса и в споре о «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там» (см. разд. 8.4).

Смысл соответствующих составных частей акта воспоминания, вероятно, зависит от конкретного состояния синтетической функции Эго. Поскольку трансформация и развитие Эго зависят от развертывания как аффективных, так и когнитивных процессов и так как каждый из этих процессов, несмотря на их связь

с прошлым, происходит в настоящем и указывает на будущее, то очевидно, что со времен важного исследования Ференци и Ранка (Ferenczi, Rank, 1924) эмоциональному опыту «здесь-и-теперь» стал придаваться больший вес. Тем не менее по сравнению с реконструкцией значение этого опыта все еще недооценивается. Имеются и более существенные причины для споров, и представляется невозможным проследить их до предложенного Александером манипулятивного создания корректирующего эмоционального переживания. Сильную реакцию на вмешательства Александера в течение невроза переноса трудно понять без рассмотрения центральной для теории и техники психоанализа проблемы. Теперь обратимся к этой проблеме.

Многообразие способов, какими психоаналитический процесс может отразить как развитие детства, так и теорию аналитика о детском развитии, было продемонстрировано на Международном психоаналитическом конгрессе в Хельсинки в 1981 году. Каждый из четырех основных докладчиков — Сигал (Segal, 1982), Солнит (Solnit, 1982), Этчегоен (Etchegoyen, 1982) и Шафер (Schafer, 1982) — упомянул об этой взаимозависимости. Шафер, в частности, обрисовал выводы, которые нам хотелось бы использовать для подкрепления своей точки зрения. Реконструкция воспоминаний не становится более правдивой, потому что аналитик полагает, что они не зависят от его теории, не подвержены влиянию его поведения и вмешательств и проявляют себя в переносе в чистой форме. Напротив, его теории и действия служат инструментами, детерминирующими психоаналитический процесс, чертами которого являются реконструкция патогенеза на основе вербальной и невербальной коммуникации пациента в переносе и раскрытие воспоминаний пациента. Поскольку к общим теориям невроза обращаются в идеографических реконструкциях, то есть в описаниях случаев, то достоверность каждой реконструкции отчасти зависит от того, в какой степени общие теории могут претендовать на обоснованность.

Для Фрейда и его последователей археологическая модель имела решающее значение для аналитического процесса. Хотя перед психоаналитиком стоят более трудные методологические проблемы, чем перед археологом, Фрейд полагал, что задача психоаналитика легче, потому что мы можем общаться в настоящем с лицом, страдающим от вреда, нанесенного ему в прошлом. Фрейд множество раз использовал сравнение с археологией и исследованием классической античности. Его рассуждения в работе «Разочарование в культуре» (1930a, p. 69) являются показательным примером. Предположение, что в «психической жизни ничто из того, что однажды образовалось, не может погибнуть, что все каким-то образом сохраняется и в подходящих обстоятельствах (когда, например, регрессия заходит

достаточно далеко в прошлое) может быть извлечено на свет», является отправным пунктом для сравнения с развитием Вечного города. Его живое описание развития Рима и попытка представить «историческую последовательность в пространственных терминах» дают ему возможность добраться до специфических черт психической жизни:

Остается фактом, что только в психике наряду с последней формой возможно сохранение всех более ранних стадий и что мы не в состоянии представить это явление в изобразительных терминах.

Вероятно, здесь мы заходим слишком далеко. Возможно, нам следует удовлетвориться утверждением, что прошлое в психической жизни *может* быть сохранено и *не обязательно* уничтожается. Всегда возможно, что даже в психике что-то старое стирается или поглощается — как правило или как исключение — до такой степени, что оно не может быть восстановлено или оживлено никакими средствами; или что сохранение вообще зависит от некоторых благоприятных условий. Такое возможно, но мы ничего об этом не знаем (Freud, 1930a, pp. 71—72).

Если вопрос заключается в том, чтобы найти новые пути и новые решения, то все, что происходит с пациентом в настоящее время, передвигается в центр внимания, и реконструкция прошлого становится лишь средством, ведущим к цели.

Фрейд навсегда сохранил свое убеждение в тесном сходстве, даже идентичности, реконструктивной работы археолога и психоаналитика, «за исключением того, что психоаналитик работает в более благоприятных условиях и у него под рукой больше помогающего ему материала, поскольку он имеет дело не с чем-то разрушенным, но с тем, что все еще живет» (1937d, p. 259). Аналитик «работает в более благоприятных условиях, чем археолог», так как он может полагаться на «повторение реакций, начиная с детства», в переносе (1937d, p. 259).

В отношении надежности реконструкций было показано, что именно то, что аналитик имеет дело с чем-то живым и что первоначально рассматривалось как преимущество, создает значительные затруднения. Без сомнения, идея о том, что нечто могло бы быть с чем-то связанным или чему-то соответствовать, возникает в сознании археолога на основе имеющихся знаний, и получающаяся в результате конструкция дает убедительное доказательство обоснованности его идеи. Неопознанные кусочки не играют активной роли, но приспосабливаются к конструкции и заполняют пробелы. В противоположность этому для психоаналитика последнее слово принадлежит пациенту, и реконструкция сама по себе еще не конец дела. «Аналитик заканчивает кусочек конструкции и передает ее субъекту анализа, так чтобы он мог над ним работать» (Freud, 1937d, p. 260).

Таким образом, идеи этих двух процессов подогнаны друг к другу, однако успешное воссоздание прерванного процесса психического развития не раскрывает облик того, что было похо-

ронено. Сначала открывается смысловая связь. Но сложится ли когда-нибудь целое из тех частей, что собирает из ассоциаций и подгоняет друг к другу психоаналитик? Сохраняется ли идея этого целого в бессознательном пациента или мы используем воспоминания с тем, чтобы добиться перемен, сравнивая их с настоящим? Археологическая модель психоанализа объединяет реконструкцию прошлого с излечением.

Аналогия Фрейда со скульптурой как моделью терапии содержит другой принцип, а именно принцип творческого изменения (1905а, р. 260). Всегда важно знать закономерности, согласно которым психические образования окаменевают. Однако, если суть заключается в том, чтобы искать другие решения и находить новые пути, тогда все, что происходит с пациентом в настоящем, перемещается в центр внимания. Фрейд ввел понятие о скульптурной модели, чтобы отличить психоаналитический процесс от техники суггестии. Он сравнивал работу художника и скульптора, чтобы описать терапевтическую модель психоанализа:

> Живопись, говорит Леонардо, работает per via di porre[1], так как она использует вещество — частицы краски — там, где ничего прежде не было, на бесцветном холсте; скульптор, однако, действует per via di levare[2], так как он убирает из глыбы камня все, что скрывает поверхность статуи, которая там содержится. Подобным же образом техника суггестии стремится действовать per via di porre, ее не касается происхождение, сила и смысл болезненных симптомов, но вместо этого она что-то навязывает — внушение — в надежде, что это окажется достаточно сильным, чтобы удержать патогенную идею от ее проявления. Аналитическая терапия, с другой стороны, не стремится добавить или ввести что-то новое, она стремится что-то убрать, что-то выявить и, достигая этой цели, занимается генезисом болезненных симптомов и психическим содержанием патогенной идеи, которую она стремится удалить (1905а, pp. 260—261).

Теперь нам хотелось бы обратиться к тому, как Лёвальд интерпретирует (Loewald, 1960, р. 18) это сравнение, что может быть суммировано следующим образом: в анализе мы придаем поверхности ее истинную форму, удаляя невротические искажения. Подобно скульптору, нам нужен образ цели, хотя бы и рудиментарный. Аналитик не размышляет только об трансферентных искажениях. Его интерпретации содержат аспекты реальности, которую пациент начинает постигать вместе с интерпретациями переноса. Действительность сообщается пациенту путем соскабливания трансферентных искажений или, по описанию Фрейда, использующего изящное выражение Леонардо да Винчи, per via di levare, как в скульптуре, а не per via di porre,

---

[1]Посредством наложения (*ит.*).
[2]Посредством отнятия (*ит.*).

как в живописи. Скульптура создается путем удаления материала, живопись — путем наложения чего-то на холст.

Внимательный читатель заметил, что Лёвальд использует аналогию Фрейда в контексте проработки переноса. По-настоящему, вопрос относится к качеству и источнику того, что ново. В скульптуре не находится ничего, что существовало бы уже в камне в определенной форме или что помогло бы нам представить себе конечную форму. Все это было в сознании скульптора. Для психоаналитика ситуация иная, он обнаруживает нечто в бессознательном, вмешивается и, таким образом, изменяет внешность и природу (внешне и внутренне) первоначальной субстанции. Его идеи, его образы и способ, которым он их передает, ведут к трансформациям.

Обе модели имеют общую основу, определяющуюся наличием бессознательных предформ. Различие между ними заключается в том, что психоаналитик в качестве скульптора оказывает гораздо большее воздействие на формирование, чем, вероятно, это может сделать со своим материалом археолог. Поскольку никакое сравнение не совершенно, мы можем, подводя итог, сказать, что психоаналитик на самом деле способствует появлению измененных и новых форм. Работа как скульптора, так и археолога основана на идеях, с помощью которых они придают форму материалу. Но возможности воздействия у идей весьма различны по масштабу: кусок мрамора неоформлен, фрагменты вазы даны. Психоаналитик является художником sui generis: материал, с которым он встречается, предстает в достаточно пластичной форме и еще не окаменел.

Завораживает открытие, что в психических процессах сохраняются все стадии, а не только окончательная форма. Естественная регрессия во сне способствует тенденции вспоминать образы из давно забытых периодов, которые отложились в долговременной памяти спящего. Очевидно, внеисторическими элементами являются те, которые включают фиксации, возникающие в состоянии регрессии. Ранние фиксации стимулируют побуждения к образованию симптомов и стереотипного поведения. Навязчивое повторение и ригидность типичных характерологических структур представляют собой описания, которые ведут, если могут быть прояснены отношения между предварительными стадиями и конечной формой, к генетическим объяснениям.

Психоанализ занимается в особенности реконструкцией предпосылок болезней и в этом процессе идет все дальше и дальше к началу жизни вплоть до раннего детства. Проблемы, возникающие в результате прояснения отношений между ранними стадиями и конечной формой, обсуждаются в десятой главе.

### *8.3.3 Вмешательство, реакция и инсайт*

Восстановление «разорванных связей» (A.Freud, 1937, p. 15) является основной целью анализа, и интерпретации аналитика облегчают синтез. Таким образом, классическая техника психоанализа характеризуется тем фактом, что интерпретация — это самый важный инструмент или средство. Делает ли аналитик что-нибудь или нет, объясняет ли он правило пациенту или хранит молчание, произносит ли он значительное или бессмысленное «хм» или интерпретирует — само его присутствие оказывает воздействие, даже если он действует совершенно ненавязчивым образом. Целесообразно понимать вмешательства как все то, что вносит аналитик в ходе анализа и особенно что помогает пациенту достичь инсайта. Среди различного рода вмешательств интерпретации занимают довольно видное положение и являются характерными для психоаналитической техники. Мы разделяем энтузиазм пациента, который сказал однажды: «Если будут установлены подобные связи, тогда я полагаю, что смогу сказать: "О'кей, до свидания, я здоров"».

Что представляет собой интерпретация? Почему аналитик вмешивается именно в данный момент? Как мы оцениваем эффект наших вмешательств? Если мы согласны, что вмешательство было эффективным, каким образом оно было эффективным? Эти вопросы говорят о том, что мы не можем продвинуться очень далеко в исследовании интерпретаций и других вмешательств, не учитывая реакций пациента. Это приводит нас к теме «инсайта». Как можем мы отличить инсайт от других реакций? Что такое инсайт и какую роль он играет в терапевтическом процессе (Fine, Waldhorn, 1975, p. 24)? Таких вопросов нельзя избежать при рассмотрении интерпретации (Thomä, Houben, 1967; Thomä, 1967b). Для лучшей ориентации мы сошлемся, сначала в обобщенной форме, на технические варианты, такие, как интерпретация переноса и сопротивления и глубокие интерпретации (Loch, 1965b). Фрейд делал различие между интерпретацией отдельных частей материала пациента, например ошибочного действия или сновидения, и реконструкцией важных событий в прошлом пациента, предложив для последней термин «конструкция» (Freud, 1937d).

Между прочим, хотелось бы упомянуть о разделении процесса интерпретации на подготовку (Loewenstein, 1951), конфронтацию (Devereux, 1951) и прояснение в том смысле слова, как его употреблял Бибринг (Bibring, 1954). Чем полнее протокол сеанса, тем легче распознать, какие виды интерпретаций предпочитает аналитик в данном случае и вообще. Записи сеансов на магнитофон позволяют независимым исследователям осуществить детальное изучение.

Поскольку интерпретация переноса справедливо считается наиболее эффективной с терапевтической точки зрения и поскольку она тем не менее поднимает также и особые проблемы, она подробно обсуждается в разделе 8.4.

Можно выделить разные аспекты интерпретаций аналитика. Они дают предсознательный или бессознательный контекст ассоциациям пациента. Полезно различать несколько типов проблем. Как возникает интерпретация? Как она работает? Как можно убедиться в ее точности? Комбинированное рассмотрение ассоциации и интерпретации дает возможность сделать выводы о *точности* интерпретации, то есть о связи между идеей аналитика, формулировкой интерпретации, целью интерпретации и ее эффектом. Это приводит нас к доступному всем уровню, из которого возможно также сделать выводы о неточностях. Таким образом, что-то *косвенно* выясняется о происхождении интерпретации, и можно предположить, что таким непрямым путем можно кое-что узнать о конфликтных процессах, происходящих в аналитике (например, вызванных интенсивным контрпереносом). Однако независимо от того, как возникла отдельная интерпретация (благодаря ли бессознательной или предсознательной интуиции или благодаря теоретической дедукции, снизу или сверху), знание о ее происхождении ничего не говорит о ее точности.

Поскольку интерпретации являются наиболее важными средствами вмешательства аналитика, отклик, который они вызывают у пациента, имеет решающее значение. Айзекс (Isaacs, 1939, pp. 153—154) суммировала реакции пациента на интерпретации как критерии их точности и эффективности; ее каталог дает основу для ориентации:

1. Пациент может выразить вербальное согласие...
2. Далее может иметь место сознательная разработка образов и смысла образов с сознательным сотрудничеством и соответствующим эффектом.
3. Могут последовать дальнейшие ассоциации, специфический характер которых подтверждает нашу точку зрения...
4. Может последовать изменение в ассоциациях и в установке... То есть может иметь место сознательное отрицание в таком виде, который дает подтверждение, если оно выражает чувство вины или ужас, испытываемый в том, и только в том, случае, когда наша предыдущая интерпретация оказывается верной.
5. На другой день пациент может рассказать сон, продолжающий, разрабатывающий и делающий гораздо более ясной бессознательную фантазию или намерение, которые интерпретировались. И не только так. Он может, кроме того, немедленно после нашей интерпретации рассказать сон, о котором до этого момента нам не говорил...
6. В результате интерпретаций бессознательных тенденций в настоящем могут вернуться воспоминания о прошлых реальных переживаниях; воспоминания, связывающие эти тенденции с реальными переживаниями и делающие и те и другие понятными.

7. Выводы относительно внешней ситуации, которые прежде отвергались пациентом, могут быть признаны или по собственной инициативе приведены пациентом...
8. Одним из самых важных показателей, подтверждающих правильность наших определенных интерпретаций, является уменьшение в их результате определенных тревог. Это может быть показано различными способами. Например, могут последовать телесные признаки освобождения от тревоги, такие, как расслабление напряженных мускулов, прекращение беспокойных или стереотипных движений, изменение тона голоса...
9. Ослабление тревоги также заметно в ассоциациях пациента, которые могут показать, что вся бессознательная фантазийная ситуация изменилась, и в результате правильной интерпретации появляется новый материал...
10. Эти изменения в силе и направленности тревоги имеют наибольшее значение в ситуации переноса. Именно то, что происходит в ситуации переноса, является лакмусовой бумажкой для проверки правильности наших восприятий. Обоснованная интерпретация может изменить представленный в фантазии образ аналитика, фигура которого из угрожающей превращается в помогающую... Если интерпретация была как правильной, так и адекватной, то богаче развернутся фантазии, а воспоминания будут оживать более свободно...

Хотя эти признаки указывают на точность интерпретаций, их нельзя считать доказательством (Thomä, Houben, 1967). Согласно Айзекс (Isaacs, 1939, p. 155), следующие общие правила применимы также к интерпретациям, относящимся к более ранним чувствам и действиям, в попытке реконструировать историю жизни пациента:

*Подтверждение* этих выводов приходит затем различными путями: например, (а) в результате наших интерпретаций возникают новые воспоминания, о которых нам еще не говорилось или которые были давно забыты пациентом; (б) такие воспоминания могут прямо подтверждать сделанные выводы, могут представлять новые моменты в том же роде или, будучи другими, все же могут быть связаны с нашими выводами, исторически или психологически; (в) может появиться дальнейший ассоциативный материал, который делает понятным, почему то или другое переживание, так же как и теперешние установки, было *забыто;* (г) подтверждение может быть получено из внешних источников, например от друзей и родственников. Такое подтверждение извне не является необходимым для самой аналитической работы, но полезно с научной точки зрения как дополнительное и независимое доказательство.

Наши вводные замечания о специфических и неспецифических средствах объясняют, почему мы отводим интерпретации особое место в психоаналитической технике. С другой стороны, мы рассматриваем интерпретацию во взаимодействии с неспецифическим фоном, который может выдвинуться на передний план в некоторые моменты терапии и тогда приобретает особую эффективность. По этой причине мы придерживаемся критической дистанции от интерпретативного пуризма Эйсслера. Эйсслер (Eissler, 1953) ввел технику базовой модели, пытаясь об-

наружить *те именно* решающие и истинно психоаналитические переменные среди множества переменных, которые характеризуют и определяют аналитический процесс и излечение. На какое-то время мы примем эту позицию, потому что мы согласны с аналитиками, полагающими, что «интерпретация — это наиболее мощное и с наибольшими последствиями вмешательство, имеющееся у нас в распоряжении» (Eissler, 1958, р. 222).

Эйсслер идет еще дальше. По его мнению, классическая техника психоанализа представляет собой терапию, «в которой интерпретация остается *исключительным*, ведущим или преобладающим орудием» (Eissler, 1958, р. 228; курсив наш). Эта техника не существует где-либо в чистой форме; говоря словами самого Эйсслера, «ни один пациент никогда не подвергался анализу с помощью техники, в которой использовались бы только одни интерпретации» (р. 223). Эйсслер ввел понятие параметра, позаимствовав его у математиков, использующих этот термин для описания величин в уравнениях, которые либо остаются неизвестными, либо постоянными и которые появляются *в добавление к истинным переменным*. Эйсслер заимствует этот термин для описания всего, что остается за интерпретацией, истинной психоаналитической переменной.

Условия техники базовой модели все еще сохраняются, согласно Эйсслеру (Eissler, 1953, рр. 110—113), если параметр удовлетворяет четырем критериям:

(1) Параметр должен вводиться, только когда доказано, что техники базовой модели недостаточно; (2) параметр никогда не должен переходить границы неизбежного минимума; (3) параметр должен использоваться, только когда в конечном итоге он ведет к самоисключению; это значит, что заключительная фаза лечения должна протекать с параметром, равным нулю...(4) воздействие параметра на отношения переноса никогда не должно быть таким, что оно не может быть упразднено с помощью интерпретации (Eissler, 1953, рр. 111, 113).

В том же исследовании Эйсслер ссылается на два других параметра, которые могут быть существенными в лечении шизофреников или серьезно больных невротиков: *определение цели* и *редукция симптомов*. Эти два параметра не удовлетворяют данным четырем условиям, и, применяя их, аналитик отходит от техники базовой модели и не может вернуться к ней. Однако интерпретации фактически также содержат конечный аспект, то есть цель, и пуристская техника, таким образом, перестает быть чистой. Эйсслер демонстрирует черты того, что называет параметрами, ссылаясь на отклонения от техники базовой модели, к которой прибегал Фрейд в связи с особенностями личностной структуры и симптомов одного пациента (Человек-Волк). Он иллюстрирует первый из вышеупомянутых критериев параметров

со ссылкой на активные вмешательства Фрейда в терапии пациентов с фобиями.

То, что в истории психоанализа техника базовой модели создала больше проблем, чем их решила, связано с отсутствием должного внимания к контексту. Ограниченная перспектива, основанная на этой технике, утверждалась исходя из того, какой *должна быть* практика. Однако, как вынужден был признать и Эйсслер, пока психоаналитическая герменевтика еще не описана систематически (Eissler, 1958, p. 226), аналитик оснащен набором инструментов, которые неизбежно загрязняются по мере их употребления, к тому же их герменевтическая технология не может быть систематически разработана, пока не станет центром внимания терапевтическая функция. Интерпретативный пуризм может помешать развитию терапевтически благоприятной атмосферы. Инсайт тогда будет лишен аффективной глубины.

С одной стороны, понятие инсайта является центральным в психоаналитической теории, претендующей, в отличие от других форм терапии, на способность достичь перемен средствами инсайта. Интерпретация, важнейший инструмент терапии, направлена на способность пациента достичь перемен в своих нарушениях средствами инсайта. С другой стороны, в последние годы инсайт все в большей степени противопоставляется целительному эффекту терапевтических отношений. Сдержанное отношение к ведущей роли инсайта исходит из двух различных школ. Школа Кохута довольно скептически относится к понятию инсайта, потому что тот якобы неразрывно связан с терапией психического конфликта, а целебные факторы в теории лечения с позиций Я-психологии решительно зависят от интернализации эмпатического понимания психоаналитика. Другой причиной ограничения является тот факт, что понятие инсайта приписывается психологии одного человека; согласно критической оценке последней, подчеркивание целительного эффекта терапевтических отношений даже устраняет инсайт (Appelbaum, 1975, 1976; Eagle, 1984). Это происходит в силу того, что целительный эффект обнаружения нового объекта становится зависимым от интернализации функций аналитика или от научения в рамках новых отношений (Loewald, 1960; Thomä, 1981).

Среди большого числа авторов, продолжающих верить в значимость понятия инсайта, имеются значительные разногласия по существенным вопросам, до сих пор не позволившие прийти к единообразному определению термина. Определение, данное в глоссарии психоаналитических терминов, многим кажется неудовлетворительным; согласно ему, инсайт означает «субъективное переживание или знание, приобретенное во время психоанализа, относящееся к прежде бессознательному патогенному содержанию или конфликту» (цит. по: Blacker, 1981, p. 659).

Если посмотреть на различные косвенные или прямые определения инсайта, содержащиеся в обширной литературе по этому предмету, можно заметить, что на них оказывает влияние взаимодействие по меньшей мере трех точек зрения.

1. Для Фрейда инсайт связан с открытием бессознательной реальности (Bush, 1978). Здесь инсайт оказывается способностью объяснить поведение в настоящем на базе предыдущих событий, как показали Фишер и Гринберг (Fisher, Greenberg, 1937, p. 350). Инсайт относится к бессознательным патогенным конфликтам, имевшим место в детстве, и их последующим производным и последствиям (Blum, 1979, p. 44). Где бы инсайт ни определялся таким образом, будь то в терапии или в исследовательской работе, следует представить отдельное доказательство того, что познание бессознательных процессов действительно связано с целебным эффектом.
2. В примерах, приводимых многими авторами, осознание чего-то, что было бессознательным, понимается в другом смысле. Осознавание часто означает, что психическое содержание получает новый смысл. В этой связи Блум (Blum, 1979) цитирует определение инсайта, данное в словаре Вебстера: проникновение во внутреннюю природу вещей или ее понимание. Ной (Noy, 1978) подчеркивает связь между инсайтом и творчеством.
3. То, что терапевтический инсайт и желаемое терапевтическое изменение часто далеко отстоят друг от друга — обстоятельство, по поводу которого сетовал и Фрейд, — привело к попыткам ограничить понятие инсайта, связав его с терапевтическим изменением. Однако каждое изменение должно найти себе доказательство в конкретном поведении или в поступках. При таком подходе понятие инсайта очень тесно связано с поведением и действием.

Интенсивные исследования феномена псевдоинсайта усилили тенденцию среди аналитиков не рассматривать в качестве прототипа инсайта такие моменты, когда «ага-переживания» пациента решают основные проблемы. Такому взгляду способствовало исследование Криса (Kris, 1956a), который описал инсайт в рамках «хорошего часа» и понимал его как процесс. Таким образом, он скорректировал неверную концепцию, проистекающую из работы Фрейда «Воспоминание, повторение и проработка» (1914d). Фрейд думал, что инсайт является решающим когнитивным актом и что за ним следует проработка, тогда как в действительности инсайт и проработка тесно связаны с самого начала и являются частью терапевтического процесса.

Исследование Криса выражает также тенденцию привязывать понятие инсайта не только к содержанию, но также и к возможности для пациента иметь доступ к своим мыслям. В то

время как Стрэчи (Strachey, 1934) четко утверждал, как должен рассматривать аналитика пациент, чтобы интерпретация носила изменяющий характер, такие авторы, как Рид и Файнсингер (Reid, Finesinger, 1952), Ричфилд (Richfield, 1954), Крис (Kris, 1956a) и Хэтчер (Hatcher, 1973), описывают в мельчайших деталях доступ, который пациент получает к своим мыслям во время разных фаз инсайта. Очень важно не упускать из виду тот факт, что содержание мыслей и доступ к ним для пациента относятся к разным, хотя и связанным явлениям. Слово «инсайт» предполагает, что некое психическое содержание воспринимается и понимается по-новому. Момент внутреннего изменения у пациента нельзя наблюдать непосредственно; о нем можно сделать заключение только косвенно. Когда описывают изменившийся доступ, лучше было бы говорить об «усмотрении» (seeing in), чем об инсайте. Это различение, возможно, могло бы положить конец старому спору о том, является ли инсайт причиной или следствием психоаналитического процесса. «Изменение», если его рассматривать как умозрительное мгновенное событие, относится к результату, в то время как состояния «усмотрения» и «изменения» характеризуют процесс.

Дискуссия о псевдоинсайтах очень быстро привела к коррекции идеи о том, что изменение достигается исключительно средствами познания. Фенихель (Fenichel, 1941) продолжал полагаться на полярность чувствования и мышления. Почти все авторы, рассуждавшие о понятии инсайта, выражали мнение, что «истинный» инсайт, или усмотрение, находится между полюсами, образуемыми эмоциями и интеллектом. Эти полюса описываются по-разному. Рид и Файнсингер (Reid, Finesinger, 1952) описывают их как эмоции и познавательные процессы. Ричфилд (Richfield, 1954), в отличие от них, описывает две формы знания. Валенстейн (Valenstein, 1962) употребляет немецкое слово Erlebnis (переживание) в отношении эмоционального полюса. Наконец, Хэтчер (Hatcher, 1973) отличает «переживание» самонаблюдения от более рефлексивной формы.

Процесс инсайта описывается как связанный с актом интеграции, который содержит потенциал для новых решений и тем самым для изменений и для творчества. Различия возникают из-за способов, которыми концептуализируется эта интеграция. По мнению Криса (Kris, 1956a), Рида и Файнсингера (Reid, Finesinger, 1952), интегрируется некое новое психическое *содержание*. Крис описывает этот процесс как относящийся к интегрирующей функции Эго и обсуждает отношения между этой функцией и понятием Нунберга (Nunberg, 1931) о синтетической функции Эго. Мейерсон (Meyerson, 1956) также рассматривает реинтеграцию в контексте синтетической функции Эго. Для таких авторов, как Прессман (Pressman, 1969) и Вален-

стейн (Valenstein, 1962), это скорее вопрос специфического, то есть интегрированного, *доступа* к содержанию мысли. Хотя это различие кажется незначительным на первый взгляд, оно обозначает два различных способа концептуализации интеграции: либо как соединения психических сущностей, либо как деятельности, перегруппировывающей некое психическое содержание, которое разделено на отдельные аспекты под более общим углом зрения. Шарфман (см.: Blacker, 1981) подчеркивает интегрирующую функцию. В психоаналитическом процессе инсайт выполняет функцию «наведения мостов между различными уровнями психики».

Понимание инсайта как интегрирующей психической деятельности позволяет уловить те моменты, где пересекаются психоаналитическое понятие инсайта и различные экспериментальные результаты по достижению инсайта. Мы наблюдаем интеграционную деятельность, то есть объединение различных психических сущностей под общим углом зрения, в совершенно разных областях психической деятельности. Особые свойства интегрирующей деятельности в психоаналитическом процессе возникают в результате того, что различные психические уровни, по терминологии Шарфмана, противостоят друг другу. Интеграция противостоящих психических уровней — это особое психическое достижение, требующее полного овладения состоянием напряжения. Интеграция переживаний и интеллектуальных форм доступа к собственным внутренним процессам, являющаяся важной темой в психоаналитической литературе об инсайте, принципиально отличается от экспериментов по когнитивному инсайту тем, что переживание и интеллектуальные формы находятся в оппозиции друг к другу и склонны порождать конфликты.

### *8.3.4 Новое начало и регрессия*

В своей книге «Базовое нарушение: терапевтические аспекты регрессии» (1968) Балинт связал свою теорию генезиса психических и психосоматических заболеваний с техническим понятием нового начала. Новое начало и базовое нарушение представляют собой две стороны одной монеты: новое начало — это терапевтическое понятие, базовое нарушение — понятие объясняющее. Для Балинта базовое нарушение является необходимым условием для каждого серьезного психического или психосоматического заболевания. Новое начало для него в конечном счете относится ко всем тем процессам, которые можно наблюдать при терапевтическом уничтожении или дезактивации условий, породивших болезнь, то есть к преодолению базового нарушения. Базовое нарушение и новое начало заключают в себе тео-

рию происхождения и лечения психических заболеваний (Thomä, 1984).

Базовое нарушение принадлежит к области ранних взаимоотношений матери и ребенка. Интрапсихические конфликты, связанные с эдиповыми трехсторонними отношениями, у маленького ребенка не возникают. Балинт описывает базовое нарушение как дефект в психической структуре, и особенно в смысле ее дефицитарности (Balint, 1968, pp. 21—22). Исходя из теории базового нарушения, неврозы, характерологические затруднения и, возможно, даже психозы и психосоматические заболевания являются симптомами одной и той же этиологии. Поскольку каждый испытывает эту самую раннюю и фундаментальную дефицитарность, то она, таким образом, может рассматриваться как необходимое условие любого заболевания.

Гипотезу о дефицитарности можно обнаружить во многих психосоматических теориях, общим знаменателем которых является то, что они помещают генезис дефицитарности в раннюю доэдипову фазу развития. Если техника психоаналитического лечения ограничена интерпретацией интрапсихических конфликтов, она неприменима там, где эти конфликты еще не могут присутствовать. Тогда становится понятным, почему довербальному эмпатическому пониманию и бессловесному переживанию уделяется особое внимание при устранении состояния дефицитарности. Терапевтические же средства припоминания и инсайта посредством интерпретации отходят на задний план. Равновесие между инсайтом и эмоциональным переживанием — двумя главными компонентами терапевтического процесса — склоняется в пользу переживания.

Согласно Балинту, новое начало достигается средствами *регрессии* в психоаналитической ситуации. Регрессия также не является процессом, который возникает в пациенте сам собой (Loch, 1963). Балинт напоминает нам, что

> регрессия является не только интрапсихическим, но также и интерперсональным феноменом, так как решающее значение имеют его терапевтическая полезность, его межличностные аспекты. Для того чтобы понять смысл регрессии в полной мере и справиться с ней в аналитической ситуации, важно иметь в виду, что форма, в которой выражается регрессия, только частично зависит от пациента, его личности и его болезни, а частично и от объекта; поэтому ее следует рассматривать как *один* из симптомов взаимодействия между пациентом и его аналитиком. Это взаимодействие имеет по меньшей мере три аспекта: способ, (а) которым объект распознает регрессию, (б) которым она принимается объектом и (в) которым объект реагирует на нее (Balint, 1968, pp. 147—148).

Теперь обсудим отношение нового начала к тем регрессивным состояниям, которые заходят дальше травматизации и которые Балинт описывал в рамках психологии объектных отно-

шений. Эти состояния недоступны ассоциациям и интерпретациям. По мнению Балинта, самым важным из дополнительных терапевтических средств

> является помощь пациенту в развитии примитивных отношений в аналитической ситуации, соответствующих его компульсивному паттерну, и поддержании их в состоянии безмятежного покоя, пока он не сможет обнаружить возможность новых форм объектных отношений, пережить их и поэкспериментировать с ними. Поскольку базовое нарушение, пока оно находится в активном состоянии, определяет те формы объектных отношений, которые доступны индивиду, необходимой задачей, стоящей перед лечением, является дезактивация базового нарушения путем создания условий, в которых оно может быть излечено. Чтобы достичь этого, пациенту следует позволить регрессировать либо до окружавшей его обстановки (setting), то есть до определенной формы объектных отношений, породивших первоначальное состояние дефицитарности, или даже до какой-либо предшествующей стадии (Balint, 1968, р. 166).

Состояние дефицитарности «не может быть «проанализировано» до исчезновения», но остается как шрам (Balint, 1968, p. 180). Очевидно, что описание отношения, желательного аналитику, которое может привести к компенсации состояния дефицитарности, зависит от теоретического понимания кризиса, предшествовавшего базовому нарушению или сопровождавшего его. Балинт описывает впечатляющие образы проникновения, переплетения и эмбриональной гармонии и постулирует бессознательное стремление человека вновь достичь этого утраченного им единства. В отношении точности своей теории Балинт добавляет:

> Если моя теория правильна, то мы должны ожидать, что встретим все эти три типа объектных отношений — *наиболее примитивное гармоническое взаимопроникающее смешение, окнофилическое прилипание к объектам (ocnophilic clinging to objects) и филобатическое предпочтение безобъектного пространства (philobatic preference for objectless expanses)* — в каждом аналитическом лечении, где позволителен регресс, идущий дальше определенной точки (1968, pp. 71—72).

Как таковые эти феномены не вызывают возражений. Действительно существует мало людей, которым чуждо ощущение себя частью мира, чувство удовольствия от связи с объектами и радости от глубины пространства. Балинт сам упоминает многие поразительные повседневные примеры окнофилических и филобатических способов переживаний в своей работе «Волнения и регрессия» (1959). Филобатизм и окнофилия могут служить полюсами типологии, в которой преобладают смешанные формы.

Здесь, так же как и с новым началом, мы встречаем проблемы, возникающие в результате попыток Балинта не только описать, но и объяснить некоторые феномены средствами своей психоаналитической теории объектных отношений. Обстоятель-

ная концепция регрессии связывает психологию объектных отношений как с теорией сновидений, так и с использованием кушетки, которое побуждает к регрессии и вместе со свободным ассоциированием может быть даже названо регрессивным актом. Согласно теории, разработанной Балинтом, который и сам понимал ее противоречивость (Balint, 1968, р. 129), новое начало может иметь место, если между аналитиком и глубоко регрессивным пациентом развиваются примитивные, довербальные отношения (Balint, 1968, рр. 165—167).

Хронологически и феноменологически Балинт различает три формы примитивных объектных отношений:

(а) наиболее примитивные, которые я называю *первичной любовью*, или первичные отношения, вид гармоничного взаимопроникающего смешения между развивающимся индивидом и его первичными субстанциями, или его первичным объектом; (б) и (в) *окнофилия* и *филобатизм*, которые образуют некие дополнения друг друга; они уже предполагают обнаружение достаточно устойчивого частичного или целого объекта. Для преимущественно окнофильного индивида жизнь представляется безопасной только при тесной близости к объектам, в то время как периоды вмешательства или наличие пространства между объектами испытываются как ужасные и опасные... Напротив, преимущественно филобатические индивиды переживают объекты как ненадежные и случайные и склонны обходиться без них и ищут дружественные им просторы, отделяющие от них предательские объекты во времени и пространстве (Balint, 1968, р. 165).

Хотя новое начало в ситуации «здесь-и-теперь» происходит при благоприятных объектных отношениях и в принципе не может быть выведено из «тогда-и-там», оно все же понимается как регрессия к ранней дотравматической фазе развития. Неразрешенная проблема отношений между реконструкцией и терапевтическим изменением немедленно становится очевидной, если мы сосредоточимся на одном из самых существенных среди критериев нового начала Балинта: новое начало всегда происходит в переносе, то есть в объектных отношениях, и ведет к преобразованию в отношениях пациента с объектами его любви и ненависти и, следовательно, к значительной редукции тревоги. Перенос здесь не понимается в узком смысле как повторение, но скорее как всеобъемлющий тип отношений с существенно новыми элементами.

Вызывающие изменения переживания в новом начале выходят за пределы навязчивого повторения, но они не могут быть объяснены и путем теоретического обращения к дотравматической гармонии, которая имела место до того, как развилось базовое нарушение. Приписывая самым ранним объектным отношениям специальную терапевтическую роль в новом начале регрессивных пациентов, страдающих от базового нарушения, Балинт пренебрег ситуационным и творческим элементами в терапевтической ситуации. Понятие нового начала приобретает свой

полный смысл в теории терапии, если оно понимается как событие, происходящее «здесь-и-теперь», которое становится возможным благодаря аналитику (Khan, 1969).

Для этой цели необходимы оба технических средства (интерпретация и объектные отношения), по-видимому в разной дозировке и в связи с другими лечебными факторами. Разделение всей психопатологии на два класса, при том что базовое нарушение считается обусловливающим каждое серьезное заболевание, неудовлетворительно. Конечно, мы можем спроецировать весь наш творческий потенциал и каждое новое начало на самые ранние моменты нашего развития и в конце концов найти там в ретроспективной утопии свое истинное Я. Передвинув исходную творческую фазу к началу жизни, Балинт стал жертвой своих собственных теоретических предрассудков и поместил новое начало там. Мы, напротив, представляем новое начало как творческий процесс, связанный со многими психическими актами — пробными действиями и их реализацией, которые нужно предпринимать повторно (Rothenberg, 1984).

Используя эту концепцию, мы пытаемся связать два взгляда на регрессию, то есть эгопсихологию и теорию объектных отношений. Опасность злокачественной дегенерации регрессий очень велика, поскольку они *не* находятся в распоряжении Эго (Kris, 1936). Александер (1956) настойчиво подчеркивает это. Вообще говоря, ни произведения искусства, ни случаи излечения не являются результатом только регрессии; иначе существовало бы намного больше художников и намного меньше людей с эмоциональными расстройствами.

## 8.4 Интерпретации переноса и реальность

Со времени появления исследований Стрэчи (Strachey, 1934, 1937) интерпретации переноса считаются главным изменяющим (mutative) инструментом. Поскольку мутативный эффект интерпретации переноса, то есть изменение, связан с общением пациента и аналитика, то новаторство Стрэчи стало главным примером терапевтически результативных процессов общения, объектных отношений и их воздействия на интрапсихические структуры.

Согласно Стрэчи, в мутативных интерпретациях имеет место обмен содержаниями Супер-Эго; установки, которые средствами интерпретаций передает аналитик, интернализуются пациентом в качестве новых, не жестких частей Супер-Эго. Таким образом, результатом этого обмена является частичная идентификация пациента с психоаналитиком. Поскольку идентификация играет такую значительную роль в терапии, мы позднее деталь-

но обсудим это. Стрэчи описал типы интерпретаций переноса, которые изменяют переживания и поведение пациента. Пациент приходит к новым идентификациям, потому что аналитик берет на себя функции дополнительного Супер-Эго.

Понятие мутативной, преобразующей интерпретации направило внимание на процессы общения и таким образом стало моделью для интеракционного понимания терапии. Данная оценка парадигматической работы Стрэчи является результатом независимых исследований, представленных Клаубером (Klauber, 1972а) и Розенфельдом (Rosenfeld, 1972). Оба эти автора подчеркивают, что нововведение Стрэчи оказало долговременное влияние на психоаналитическую технику лечения. Содержание мутативных интерпретаций переноса с тех пор было существенно расширено. Стрэчи предполагал, что части Супер-Эго особенно проецируются на аналитика. Однако важным моментом теории проективной и интроективной идентификации считается теперь не Супер-Эго, но хорошие и плохие части Я (self). Поэтому Розенфельд пополнил содержание мутативной интерпретации Стрэчи интерпретативными содержаниями кляйнианской школы.

На уровне отношений аналитик функционирует как нечто большее, чем просто дополнительное Супер-Эго, постепенная интроекция которого посредством мутативных интерпретаций является, по Стрэчи, условием изменения. Используя терминологию структурной теории психоанализа, психоаналитика можно назвать дополнительным Эго. В этой функции он помогает пациенту достичь новых инсайтов и таким образом прервать невротическое навязчивое повторение. Хотя аналитик способствует незамедлительному ослаблению тревоги, было бы неправильно приравнивать его функционирование в качестве дополнительного Эго к прямой поддержке пациентов со слабым Эго. Стрэчи ограничился описанием интроекции психоаналитика в Супер-Эго пациента, но сегодня подошли к двух- и трехперсональной психологии как следствию развития психоаналитической психологии объектных отношений, которая отводит главную роль идентификации пациента с аналитиком. В то время как раньше, при работе с пациентом, обнаруживающим патологию Супер-Эго, можно было предполагать, что надежные отношения разовьются сами по себе, потому что здоровые части личности пациента образуют связь с задачей анализа вопреки сопротивлению и вытеснению, со многими сегодняшними пациентами это уже невозможно. То, что Кохут (Kohut, 1977) приписывает аналитику функцию Я-объекта (selfobject), говорит само за себя. Здесь мы имеем дело с процессами обмена в смысле первичной идентификации, которая создает нечто общее как основу для взаимодействия и взаимности.

Открытие готовности пациента вступать в терапевтические отношения с психоаналитиком для в какой-то степени совместной работы и идентифицироваться с ним носило парадигматический характер. Стрэчи выразил удивление, что

> существует сравнительно мало психоаналитической литературы, касающейся механизма, с помощью которого достигается терапевтический эффект. В течение последних тридцати или сорока лет было собрано значительное количество данных, которые проливали свет на природу и функционирование человеческой психики; произошел также ощутимый прогресс в классификации и сведении данных к совокупности обобщенных гипотез или научных законов. Однако заметны большие колебания в детальном применении этих *открытий* к *самому терапевтическому процессу* (Strachey, 1934, p. 127; курсив наш).

Это наблюдение можно объяснить тем, что не было специального психоаналитического словаря для описания лечебных факторов, то есть тех процессов, которые исходят *из* трансферентного невроза. Описания, таким образом, были неизбежно туманными. Отчасти использовалась терминология доаналитической гипнотической психотерапии, которая несвободна от дурной славы, связанной с влиянием суггестии. В своей модели мутативной интерпретации Стрэчи построил новый фундамент для влияния аналитика, хотя оно и было ограничено обменом содержаниями Супер-Эго. Так что уже не было необходимости заимствовать элементы из доаналитических теорий или из общих концепций, чтобы объяснять терапевтические перемены в тех или иных отношениях.

Насколько много еще остается неясного и спорного, можно видеть из противоречий в теориях терапевтического процесса и из трудностей, которые встречаются, когда делаются попытки преобразовывать эти теории в практические шаги. Каков вклад аналитика в создание общей основы? Каким образом он помогает пациенту идентифицироваться с совместной задачей и с аналитиком, проливающим новый свет на его жизненные проблемы и на его симптомы? Ответ на эти вопросы нельзя найти, основываясь только на рабочих отношениях в целом, нужно перевести эти отношения в индивидуальные технические приемы. То же самое справедливо и для приложения теории идентификации к процессам терапевтического общения. Сегодня признается, что мутативные интерпретации принадлежат к более крупной категории вмешательств. Чтобы облегчить сравнение, мы хотели бы сослаться на два характерных отрывка из исследования Стрэчи:

> Нетрудно предположить, что эти постепенные интроекции аналитика происходят в моменты успешного проведения интерпретаций переноса. В эти уникальные для опыта пациента моменты объект его бессознательных импульсов раскрывается одновременно и в качестве ясно осознающего

природу этих импульсов, и в качестве не чувствующего по их поводу ни беспокойства, ни гнева. Таким образом, объект, интроецируемый в эти моменты, будет обладать уникальным качеством, которое будет эффективно препятствовать его недифференцированному погружению в первоначальное Супер-Эго пациента и будет, напротив, подразумевать шаг вперед в продолжающейся модификации его психологической структуры (1937, pp. 144—145).

Затем Стрэчи сравнивает терапевтические эффекты, достигаемые аналитиком, с теми, которые достигаются терапевтом, прибегающим к внушению:

Справедливо, что аналитик тоже предлагает себя пациенту в качестве объекта и надеется, что тот интроецирует его в качестве Супер-Эго. Но с самого начала у него существует стремление дифференцировать себя от архаичных объектов пациента и постараться, насколько возможно, чтобы пациент интроецировал его не как еще один архаичный образ (imago) в добавление к остальному примитивному Супер-Эго, но как зародыш отдельного и нового Супер-Эго... Короче говоря, он надеется, что он сам будет интроецирован пациентом как Супер-Эго — интроецирован, однако, не залпом и не в качестве архаичного объекта, неважно, плохого или хорошего, но понемногу и в качестве *реального лица* (Strachey, 1937, p. 144; курсив наш).

Вряд ли Стрэчи действительно надеялся быть поглощенным в качестве реального лица. Напротив, он, возможно, рассчитывал на *символическую интернализацию*, которая, кстати, как говорят, является характерной для многих каннибальских ритуалов (Thomä, 1967a, p. 171). В ходе такой интернализации как отношение к реальности, так и самоощущение претерпевают изменение. Таким образом, можно сказать, что реальность изменяется в результате символического взаимодействия.

Для нынешней фазы психоаналитической техники характерны, как пишет Клаубер (Klauber, 1972, p. 386), попытки отличать элементы переноса от элементов непереноса и более точное описание *реальности* аналитической ситуации. Мы надеемся, что обсуждение в данном разделе будет способствовать достижению этих целей.

Клаубер дает следующее описание фаз, последовавших за необыкновенно влиятельным исследованием Стрэчи. В *первой* фазе внимание было приковано, благодаря, вероятно, наиболее новаторской из всех последующих исследований статье А. и М. Балинтов «Перенос и контрперенос» (A. Balint, M. Balint, 1939), к факту, что у каждого аналитика есть эмоциональная потребность вести свою работу способом, соответствующим его личности, и что тем самым он создает совершенно индивидуальную и особую атмосферу. Таким образом, был поднят вопрос, возможна ли вообще для аналитика та напоминающая зеркало установка, которую рекомендовал Фрейд. *Вторая* фаза началась после второй мировой войны. Терапевтическое значение реак-

ций аналитика было особенно подчеркнуто в исследовании Винникотта «Ненависть в контрпереносе» (Winnicott, 1949) и в работе Хайманн «О контрпереносе» (Heimann, 1950). Для *третьей* фазы центральными были описания Сирлзом (Searles, 1965) и Рэкером (Racker, 1968) комплексного взаимодействия между пациентом и аналитиком.

Как мутативные интерпретации, так и тезис Стрэчи о том, что аналитик в своей благотворной роли интроецируется в Супер-Эго пациента, особенно подчеркивали проблему реальности в терапевтической ситуации и вопрос о воздействии, которое оказывает «реальная личность» аналитика. Эти вопросы так же стары, как и сам психоанализ. Сейчас, в центре *четвертой* фазы, кажется возможным их техническое решение. Мы рассматриваем нынешнее развитие как важнейший шаг к интеграции «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там».

Мы начинали со ссылки на решения, упомянутые Стрэчи и подчеркнутые Клаубером, который призывал нас не переоценивать содержание и специфичность интерпретаций, так как их следует рассматривать в контексте взаимоотношений. Установка аналитика сигнализирует: «Во всяком случае, я останусь дружелюбным и не буду действовать как старый объект; я веду себя иначе, чем вас заставляют ожидать устарелые условия, вызвавшие тревогу». Аналитик не придерживается принципа «око за око и зуб за зуб», тем самым создавая возможность для разрыва circulus vitiosus, который Стрэчи описал так ярко. В конце концов в теории развития Эго понятие Супер-Эго ответственно за характер тех переживаний и действий, которые относятся к категории заповедей, запретов и идеалов. Переоценка этих норм является, по мнению Стрэчи, целью мутативных интерпретаций. Высказывание Клаубера о том, что этот процесс означает интернализацию частей ценностной системы аналитика, звучит убедительно. Осторожную формулировку этой точки зрения можно найти даже в некоторых замечаниях Стрэчи.

Реальная личность аналитика проявляется как «новый объект» во второй фазе мутативных интерпретаций по Стрэчи. В этой фазе чувство реальности пациента играет решающую роль, и, когда развивается тревога, аналитик превращается в архаичный объект переноса. Результат второй фазы интерпретации зависит от

способности пациента (в критический момент появления в сознании некоторого освобожденного количества Ид-энергии) провести различие между объектом его фантазии и реальным аналитиком. Проблема здесь тесно связана с той, о которой я уже говорил, а именно с чрезвычайной неустойчивостью позиции аналитика как дополнительного Супер-Эго. Аналитическая ситуация все время угрожает выродиться в «реальную» ситуацию. Но в действительности это означает противоположное тому, чем это кажется. Это означает, что пациент все время находится на грани того,

чтобы превратить реальный внешний объект (аналитика) в архаичный, то есть он находится на грани проецирования на него своих примитивных интроецированных образов (имаго). Коль скоро пациент действительно проделает это, аналитик становится, подобно всякому другому, кого он встречает в реальной жизни, объектом фантазии. Тогда аналитик теряет особые преимущества, которые давала ему аналитическая ситуация; подобно всем другим фантазийным объектам он будет интроецирован в Супер-Эго пациента и не сможет больше действовать своими особыми методами, важными для осуществления мутативной интерпретации. В этой трудной ситуации чувство реальности пациента является важным, но очень слабым союзником; в самом деле, его усиление — это одна из тех вещей, к которой, как мы надеемся, приведет анализ. Поэтому важно, чтобы оно не подвергалось никакому излишнему напряжению; и в этом заключается основная причина того, почему аналитик должен избегать любого реального поведения, которое, возможно, подтвердит точку зрения пациента на него как на «плохой» или «хороший» объект фантазии (Strachey, 1934, p. 146).

Это колебание в реакции, неважно — в смысле хорошего или плохого объекта, должно дать пациенту возможность «сравнить внешний объект фантазии с реальным» (Strachey, 1934, p. 147). В результате этого сравнения различных имаго, спроецированных на аналитика, с более реалистическим восприятием чувство реальности пациента укрепляется. Таким образом, согласно Стрэчи, происходит приспособление к внешней реальности и признание того, что существующие объекты не являются плохими или хорошими в архаичном смысле. Стрэчи, очевидно, подразумевает, что дифференцированный инсайт делает детские восприятия относительными, и заключает свое предположение следующим замечанием:

Парадоксально, но наилучший способ гарантировать, что его Эго сможет отличить фантазию от реальности, — это отдалить его от реальности как только можно. Но так оно и есть. Его Эго так слабо — настолько зависит от милости Ид и Супер-Эго, — *что он может справиться с реальностью, только если она подается в малых дозах*. И фактически эти дозы и подаются ему аналитиком в виде интерпретации (Strachey, 1934, p. 147; курсив наш).

Технические проблемы тезисов Стрэчи вполне могут корениться в противоречиях, связанных с тем, как определить реальность в аналитической ситуации. В самом деле, не только в исследованиях Стрэчи и связанных с ними дискуссиях эта проблема остается нерешенной. Общие трудности вытекают из того факта, что

Фрейд придавал важное значение понятию «проверка реальности» (reality-testing), хотя никогда не развивал последовательного терапевтического объяснения этого процесса и не давал ясного отчета о его отношении к принципу реальности. То, как он употреблял это понятие, еще яснее раскрывает, что оно охватывает два направления мысли: с одной стороны, генетическую теорию познания реальности, касающуюся того, как инстинкт методом проб и ошибок проверяется реальностью, с другой — ква-

зитрансцендентальную теорию, имеющую дело с построением объекта на основе целого ряда антитез: внутренний — внешний, удовольствие — неудовольствие, интроекция — проекция (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 381).

Очевидно, что Стрэчи мыслил, исходя из антитетических регуляторных принципов, то есть в рамках принципов удовольствия и реальности. Поскольку, согласно теории, принцип удовольствия модифицируется просто принципом реальности, поиск удовлетворения от реального (материального) объекта остается определяющим фактором. С другой стороны, *психическая* реальность формируется бессознательными желаниями и фантазиями. Фрейд полагал необходимым допускать противоречие между этими двумя реальностями, так как табу на инцест и другие неизбежные фрустрации ограничивают материальное удовлетворение, но при этом конституируют действительно желаемую реальность.

Только отсутствие ожидаемого удовлетворения, испытанное разочарование привело к отказу от этой попытки получить удовлетворение средствами галлюцинаций. Вместо этого психический аппарат вынужден был создать концепцию *реальных обстоятельств* во внешнем мире и попытаться произвести в нем *реальные изменения. Тем самым был введен новый принцип психической деятельности*; то, что было представлено в психике, стало уже не тем, что приятно, а тем, что реально, даже если это оказывалось неприятным (Freud, 1911b, p. 219; курсив наш).

Если предположить, что объектные отношения регулируются принципами удовольствия и реальности, тогда переживаемая реальность определяется преобладанием того или другого принципа. Для психоаналитической теории характерно рассматривать принцип удовольствия как первичный и архаичный факт, который является неисчерпаемым и происходит из бессознательного, из Ид. Действительно, существует большая разница, воображаю ли я что-нибудь или я могу действительно схватить объект или каким-то образом немедленно воспринять его (Hurvich, 1970; Kafka, 1977). Однако это не противоречие между различными реальностями, которое нужно учитывать и которое неизбежно привело бы к неразрешимой проблеме, «почему ребенок должен искать реальный объект, если он может достичь удовлетворения немедленно, «как будто» средствами галлюцинаций» (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 381). Поскольку интерпретации переноса также вовлекают аналитика как индивида, мы должны изложить дополнительные соображения по поводу психической реальности. Обращение к аналитику как к *реальному* лицу вызывает беспокойство, как если бы при этом психические уровни приносились в жертву и заменялись материализацией, то есть исполнением желаний.

Размышление о теории психической реальности необходимо. Как и Маклафлин (Mclaughlin, 1981), мы считаем, что сможем

ближе подойти к решению этих проблем, рассматривая аналитическую встречу с точки зрения *психической реальности*, то есть как *схему*, являющуюся и всесторонней, и содержащей различные смыслы. Пациент и аналитик, естественно, переживают ситуацию очень конкретно, со своими субъективными желаниями, ожиданиями, надеждами и образом мышления. Коль скоро мы размышляем о наших различных психических состояниях, то формулируется план упорядочения нашего опыта и событий в отношении пространства и времени. В значительной степени человек следует своим субъективным схемам размышления и действия, которые управляют его поведением без рефлексии над ними. Он чувствует, что психическая реальность в межличностных отношениях создается ситуационно. По мысли Маклафлина, психическая реальность относится как к конкретным субъективным переживаниям, так и к их бессознательным корням. Аналитик представляет психическую реальность пациента в рамках используемой им психоаналитической теории. Такие построения помогают ориентироваться. Маклафлин включает также контрперенос аналитика в свое целостное понимание. Многие смысловые уровни конкретных психических реальностей, включая лежащие в их основе теории, имеющиеся у пациента и у аналитика, взаимосвязаны и понимаются интеракционально. Безопасность, которую мог извлечь аналитик из аналогии с зеркалом, таким образом теряется. Маклафлин показывает, что рефлексия над психической реальностью весьма продуктивна, даже если аналитику поначалу приходится примириться с небезопасностью, поскольку, согласно Маклафлину, он не может больше рассматривать себя как реальное лицо, которое вступает в реалистические отношения с пациентом. Точка зрения пациента делает все относительным. В этих взаимоотношениях двух личностей реальность проявляется в интерактивном процессе, в котором субъективные точки зрения участников все время подвергаются проверке и достигается некий консенсус. Пациент и аналитик учатся быть понятными друг другу. Результатом успешного анализа является постепенное и взаимное подтверждение психических реальностей и удостоверенность в их подлинности, их аутентикация — термин, который Маклафлин употребляет, чтобы описать процесс изменения. Таким путем оба участника достигают *относительной* безопасности своих точек зрения.

На аналитика оказывает влияние критическое обсуждение, которое происходит в психоаналитическом диалоге. Он является специалистом, использующим не только здравый смысл, но и высказывающим мнения, которые он приобрел во время обучения. Его профессионализм сформировал его мышление. Его точка зрения на психическую реальность пациента (так же как и

переживание собственной психической реальности) не является независимой от используемой им теории. Проверяя положение об аутентикации, мы должны пойти дальше, чем Маклафлин, и поднять вопрос, не следует ли искать косвенный источник некоторых стоящих перед нами проблем в теориях Фрейда о психической реальности.

Мы вступаем в область большого напряжения между полюсами, отмеченными противоположными понятиями психической реальности и материальной реальности, принципа реальности и принципа удовольствия, Эго-удовольствия (pleasure-ego) и Эго-реальности (reality-ego). В конечном итоге мы подходим к проверке реальности как к акту, который делает различие между внутренним и внешним, или между тем, что всего лишь воображаемо, и тем, что действительно воспринимается. Фрейд противопоставил психическую реальность материальной реальности, после того как он был вынужден отказаться от теории соблазнения и от патогенной роли реальных травм детства. Фантазии, не имеющие источником реальные события, обладают такими же патогенными качествами для субъекта, какие Фрейд первоначально приписывал бессознательной памяти о действительных событиях. Контраст этих двух реальностей, таким образом, связан с содержанием, характеризующим эти реальности. Психическая реальность — это мир субъективных, сознательных и бессознательных желаний и фантазий, а материальная реальность характеризуется действительным удовлетворением или отсутствием удовлетворения инстинктивных потребностей в объектах.

По мнению Лапланша и Понталиса (Laplanche, Pontalis, 1973c, p. 363), психическая реальность определяет «бессознательные желания и связанные с ними фантазии». Надо ли привязывать реальность к бессознательным желаниям? Фрейд ставит этот вопрос в контексте анализа сновидений и отвечает:

> Если мы посмотрим на бессознательные желания, сведенные к их самым основным и самым истинным формам, мы вынуждены будем заключить, без сомнения, что *психическая* реальность — это особенная форма существования, которую не следует путать с *материальной* реальностью (1900a, p. 620).

Итак, существует как психическая, так и материальная реальность. Самое важное высказывание относительно психоаналитических воззрений на генезис и природу неврозов гласит: «Фантазии обладают *психической*, в противоположность *материальной*, реальностью, и мы постепенно учимся понимать, что *в мире неврозов именно психическая реальность является решающей*» (Freud, 1916/17, p. 368).

В теории Фрейда психическая реальность регулируется принципом удовольствия, который сам формируется в ходе че-

ловеческого развития потребностями жизни на основе принципа реальности. Проверка реальности подчинена принципу реальности. Растущий ребенок учится откладывать немедленное удовлетворение, с тем чтобы найти более реалистичное удовлетворение своих потребностей, то есть такое, которое основано на взаимности и конгруэнтности с потребностями ухаживающего человека. Напряжение между психической и материальной реальностями основано, таким образом, на предположении, что существует избыток желаний, постоянно ищущих удовлетворения и не находящих его из-за потребностей жизни вообще и изза табу на инцест в особенности. Некоторое количество удовлетворения необходимо в терапевтической ситуации для создания более благоприятных условий; иначе будут постоянно повторяться старые фрустрации. Проблемы фрустрации и удовлетворения в аналитической ситуации легче решить, если углубить теорию психической реальности и не связывать ее с *фрустрацией* односторонним образом. В действительности необходимо и существенно с терапевтической точки зрения, чтобы пациент имел возможность ощутить многие радостные совпадения во мнениях с объектом, то есть с аналитиком, и обсудить различие во мнениях. Это облегчает путь к фрустрированным бессознательным желаниям детства, ищущим удовлетворения в настоящем.

Цель данных замечаний — указать на вывод из всеобъемлющей концепции психической реальности. Пациент стремится и надеется на улучшение своего состояния или избавление от всех симптомов и трудностей, то есть он надеется достичь позитивных изменений с помощью специалиста. Его попытка сопоставить все свои чувства и мысли раскрывает многогранный образ мира, в котором он живет. Он описывает различные образы своего мира в зависимости от настроения и от преобладания различных желаний, ожиданий, надежд и тревог. И хотя пациент делает при этом различие между своим восприятием людей и вещей и своими мыслями о них, он не делит реальность на психическую и материальную сферы. Это так, несмотря на то что он осознает, что его желания и мысли могут находиться в конфликте друг с другом и что в поисках удовольствия и удовлетворения он зависит от внешних объектов. Когда аналитик слушает и позволяет своим эмоциям и мыслям прийти к какому-то заключению, в нем происходят весьма различные процессы. Если аналитик вмешивается в какой-то момент со своим замечанием, то пациент оказывается в конфронтации с новой информацией. При этом, как говорит Вацлавик с коллегами (Watzlawick et al., 1967), нет возможности не вступать в общение, так как негативная информация, то есть молчание аналитика, также представляет собой общение, особенно если пациент ожидает какого-либо ответа. Замечания психоаналитика отража-

ют точки зрения, с которыми пациент должен каким-то образом столкнуться — он может их игнорировать, принять, отвергнуть и т.д. Рано или поздно последует совместное размышление над различными вопросами. Во время этих размышлений будут присутствовать, осознаваемо или нет, многочисленные представители третьей стороны: члены семьи, другие родственники, люди, которых пациент знает, с которыми работает и живет. Постоянно затрагиваются собственные переживания аналитика, желания, стремления, старые тревоги и текущие противоречия. Поскольку в данном случае страдает не он, он может для блага пациента дистанцироваться и с этой позиции предположить наличие желания, когда пациент дает мгновенную тревожную реакцию. Аналитику было бы, конечно, слишком тяжело выносить эмоциональное и интеллектуальное бремя такой деятельности, если в его распоряжении не было бы обилия поясняющих схематизмов, в которых отражены типичные конфликтные паттерны. Они облегчают ему ориентацию в ходе терапии.

Соотнося эти моменты с пониманием реальности у Стрэчи, мы обнаруживаем следующее. В своем заявлении, что «аналитическая ситуация все время угрожает выродиться в «реальную» ситуацию», Стрэчи ссылается на принцип удовольствия в широком смысле этого термина (Strachey, 1934, p. 146). Он начинает с интроецированных имаго, которые затем проецируются на аналитика, не принимая во внимание ситуационные ускоряющие факторы. Заслуживает внимания, что Стрэчи предполагает фиксированные величины как здесь, так и когда говорит о реальном внешнем объекте, то есть об аналитике. Из вышеприведенного отрывка ясно, что Стрэчи полагал возможным *отход от реальности*, чтобы усилить способность пациента к дифференцированию, когда *проверяется реальность* во время мутативных интерпретаций переноса.

Придерживаясь аналогии с зеркалом, аналитик может оказаться вовлеченным в ролевой конфликт, который помешает ему подтвердить в интерпретациях переноса довольно реалистические восприятия пациента и противодействовать новым отрицаниям и вытеснениям. Несмотря на свой первоначальный новаторский вклад в проблему контрпереноса (1950), Хайманн (Heimann, 1956) не заметила, что невозможно быть, с одной стороны, только отражающим пациента зеркалом, не имеющим собственного Я и не обладающим независимым существованием, а с другой — личностью, которая составляет часть аналитической ситуации и проблем пациента как на реалистическом уровне, так и на уровне фантазии. Достаточно того, что аналитик демонстрирует некоторую сдержанность, позволяя пациенту проиграть в переносе паттерн взаимоотношений, которые бессознательно сохранялись в активном состоянии.

В контексте развития теории переноса (в смысле переноса широкого охвата) наши соображения ведут к точке зрения, что так называемая реальность аналитика создается во время постоянной бессознательной и сознательной проверки со стороны пациента. В тот момент, когда аналитик производит мутативную интерпретацию, он раскрывает что-то в себе, как это подчеркивал Стрэчи. Это, безусловно, не означает просто какого-либо личного признания. То, что прямо или косвенно находит выражение в полезных интерпретациях, обогащено профессионализмом аналитика и тем, что его опыт независим от чрезмерно узкого субъективизма. Профессиональные знания аналитика облегчают когнитивный процесс, который открывает пациенту новые пути для поиска решений. Это ни в коей мере не личные признания, а коммуникация — невербальная или в форме интерпретаций — о том, как аналитик видит проблему пациента, что он сам чувствует и думает в этом отношении и чем он является для пациента и как к нему относится. В этом смысле мы согласны с Розенфельдом (Rosenfeld, 1972, р. 458), что интерпретации аналитика могут очень ясно отражать, чтó он собой представляет.

Особенно важна в этом отношении *спонтанность* аналитика, как подчеркивает Клаубер:

> Из этого упора на спонтанность вытекают различные технические последствия. Спонтанный обмен делает аналитические отношения более человечными благодаря постоянному взаимообмену частичными идентификациями. Именно этот человечный характер отношений и служит противоядием травматическому характеру переноса в такой же или большей степени, чем принятие импульсов аналитиком, который укрепляет благотворные качества Супер-Эго (Klauber, 1981, р. 116).

Предпосылкой для этого когнитивного процесса, который включает другое Эго — аналитика, является, конечно, то, что аналитик не отходит в сторону, предлагая чисто редуктивные интерпретации переноса. Систематический анализ Гиллом (Gill, 1982) факторов, ускоряющих перенос и особенно сопротивление переносу (см. гл. 2 и 8), вслед за весьма вероятными предсознательными восприятиями дает возможность получить ответ на вопрос, что в терапевтической ситуации представляет аналитик как реальное лицо. «Здесь-и-теперь» должно рассматриваться во взаимоотношении с «тогда-и-там», и в этом процессе открываются новые перспективы. Фрейд противопоставлял неизменность вытесненного, так называемую безвременность бессознательного, аналитической работе, которая преодолевает власть прошлого. «Здесь-и-теперь» связывается с «тогда-и-там» в процессе, в котором что-то становится сознательным, а именно это и составляет мутативный эффект интерпретаций переноса.

Аналитик должен быть терпеливым, так как требуется некоторое время, прежде чем бессознательные процессы проявят себя в переносе таким образом, что станут возможными терапевтически эффективные интерпретации. Именно это имелось в виду, когда Фрейд говорил, что, «с точки зрения врача, я могу только заявить, что в случае подобного рода он должен вести себя так же «вневременно», как и само бессознательное, если он хочет что-либо узнать или чего-либо достичь» (1918b, p. 10). Заметьте, что «вневременно» поставлено в кавычки; из контекста ясно, что в тяжелых случаях, если аналитик терпеливо ждет, также развиваются переносы. *Но лишь только* вневременность бессознательного преодолена, по мнению Фрейда, становится возможным даже значительно сократить длительность лечения таких тяжелых заболеваний, так как это позволяет аналитику с приобретением опыта произвести полезные, то есть связывающие прошлое с настоящим, интерпретации переноса. Повторения создают впечатление, что время стоит на месте. В сновидениях Эго также обладает чувством времени и осознает противодействие себе (Freud, 1900a, p. 326; Hartocollis, 1980). Говорить о безвременности бессознательного, одновременно ссылаясь на чувство времени на различных уровнях сознательности, непоследовательно.

Ход наших рассуждений важен для понимания мутативного эффекта интерпретаций переноса, потому что они связывают прошлое с настоящим. По мнению Фрейда, прошлые, бессознательно сохраняемые желания теряют свое влияние, когда они достигают сознания. Отсюда следует, что интерпретации переноса, которые предполагают, что восприятия и переживания пациента «здесь-и-теперь» являются внеисторическими повторениями, столь же необоснованны, как и интерпретации «здесь-и-теперь», которые игнорируют бессознательное измерение жизни индивида.

Упор на внеисторичность бессознательных процессов и их интерпретация в ситуации «здесь-и-теперь» часто идут рука об руку с очень жестким осуществлением функции зеркала. Исследования Эзриля (Ezriel, 1963) начинаются с предположения, что внеисторичное проигрывание в переносе происходит тем полнее, чем более пассивным и воздерживающимся от вмешательства является хорошо подготовленный аналитик. Такой аналитик направляет свои интерпретации на объектные отношения, к которым бессознательно стремятся или от которых уклоняются. Эзриль рекомендует такой тип интерпретаций переноса, которые ориентированы на объектные отношения, к которым стремятся, но которых с тревогой избегают. По этой причине его интерпретации всегда содержат объясняющее «потому что», как в предложении «Вы теперь противостоите желанию расска-

зать об этой своей фантазии, *потому что* вы боитесь быть отвергнутым».

Подробное рассмотрение работы Эзриля ведет к пониманию, что его описание психоаналитического метода как внеисторичного неоправданно. Справедливо, что терапевтическая эффективность психоаналитического метода связана со «здесь-и-теперь» и со знанием, которое может быть получено в аналитической ситуации. Однако концепция Эзриля основана на предположении, что бессознательное внеисторично. Таким образом, реалистические восприятия пациента в настоящем также не играют независимой роли даже при том, что даются интерпретации только «здесь-и-теперь»; такие интерпретации относятся исключительно к будто бы внеисторичным, моментально эффективным, бессознательным силам и констелляциям. Мутативные качества не могли бы содержаться в «здесь-и-теперь», если бы бессознательные констелляции являлись вневременными, выключенными из прошлого индивида и внеисторичными. Мы уделили здесь большое внимание работе Эзриля потому, что он придал ситуации «здесь-и-теперь» особое методологическое значение; однако его исследования оказались безрезультатными, потому что, кроме всего прочего, он не сумел придать ситуационному влиянию аналитика на практике ту же важность, что и в теории.

Включение личного влияния и реалистических восприятий в интерпретации переноса является центральным вопросом, отличающим реконструктивные фрейдовские генетические интерпретации переноса от нововведений, которые последовали за публикацией работ Стрэчи. Если основываться на корректирующих объектных отношениях в аналитической ситуации, как это делает Сигал (Segal, 1973, p. 123), тогда аналитик вынужден включить воздействующего субъекта (аналитика) и реалистические восприятия пациентом аналитика в формулировку интерпретаций переноса. Важность психической реальности и бессознательных фантазий никоим образом не становится меньше от открытия, что реалистические наблюдения, например контрперенос аналитика, играют роль в их генезисе.

Пациент принимает систему ценностей аналитика тогда, когда та оказывает влияние на новые решения невротических конфликтов. Это идентификационное принятие, которое Стрэчи описывал, производя свою переоценку Супер-Эго, заповедей и предписаний, не только неизбежно, но и необходимо с терапевтической точки зрения. Попытки избежать этого ведут к напряженной атмосфере, которую можно охарактеризовать как сильное желание избежать терапевтически необходимого принятия.

Открытия, сделанные в исследованиях по общественным наукам, показывают влияние психоаналитика на происхождение

восприятий и фантазий. Теории о том, как организовывать реальные отношения, тоже влияют на структурирование терапевтической ситуации. Поскольку в теории Фрейда принципу реальности придается второстепенное значение по сравнению с принципом удовольствия и всегда идет поиск реального удовлетворения, даже если оно может быть отложено во времени, в терапии возникают проблемы в результате фрустрации и самоотречения. Создание атмосферы такого рода может принести облегчение группе заторможенных пациентов, потому что уже только эмпатия и терпимость в отношении агрессии, вызванной фрустрацией, могут привести к смягчению Супер-Эго. Трансформация чрезмерно строгого Супер-Эго в более мягкое создает терапевтические проблемы другого рода, чем те, которые должны быть решены при исправлении функций дефективного Эго или создании ранее не развитых функций. В этом решающую роль играет идентификация пациента с аналитиком. Кажется, что численность такой категории пациентов растет, и поэтому важно определить условия, при которых формируются идентификации.

При одностороннем принятии позиции Стрэчи на связь интерпретаций переноса с другими аспектами терапевтических отношений обращалось слишком мало внимания. Среди немногочисленных исключений выделяется работа Клаубера (Klauber, 1972a). Стрэчи приписывал важную роль в лечении другим компонентам, таким, как суггестия, ослабление тревоги и отреагирование. Однако на вопрос о том, как аналитик небольшими порциями предъявляет пациенту свое истинное Я, не получил ответа.

Дискуссии между Гринсоном, Хайманн и Векслером (Greenson, Heimann, Wexler, 1970) служат примером продолжающихся споров о том, как аналитику следует обращаться с реалистическими восприятиями в ситуации «здесь-и-теперь». Некоторые аналитики опасаются, что это может в конце концов привести к удовлетворению потребностей и получится, что лечение уже не ведется в состоянии *фрустрации* и *абстиненции*. Эти проблемы техники могут быть решены конструктивно и с пользой для терапевтического изменения, если мы поймем, что они происходят из психоаналитической теории реальности. Обсуждение этого момента мы начнем со следующего наблюдения Адорно:

> С одной стороны, «либидо» для него [психоанализа] есть действительная психическая реальность: удовлетворение позитивно, фрустрация негативна, потому что она ведет к болезни. С другой стороны, психоанализ, если и не без критики, то по меньшей мере покорно, признает цивилизацию, которая требует фрустрации. Во имя принципа реальности он оправдывает личную психическую жертву, не подвергая сам принцип реальности рациональному рассмотрению (Adorno, 1952, p. 17).

Хотя принцип реальности, который представляет аналитик, сравнительно мягок, он должен вызвать достаточную фрустрацию, «чтобы довести этот конфликт до сердцевины, чтобы развить его до высшей точки, с тем чтобы увеличить инстинктивную силу, могущую его разрешить» (Freud, 1937, p. 231). Это утверждение, содержащееся в одной из последних работ Фрейда, показывает, что технические проблемы являются результатом психоаналитической теории реальности.

Подвергнуть принцип реальности рациональному рассмотрению в отношении техники может означать только, что к восприятиям пациента следует относиться серьезно. Как только это происходит, намеренное действие находит свой объект, создавая тем самым реальность. Мы вернемся к этой теме позже, когда будем обсуждать отношение между исторической истиной и восприятием ситуации «здесь-и-теперь». Поскольку концепция реальности индивида определяется социокультурным контекстом, ни то ни другое не может считаться абсолютным. Реальность психоаналитической ситуации создается, таким образом, в обмене мнениями, в их принятии или отвержении.

Ни аналитик, ни пациент не начинают с полностью валидной позиции, когда оценивают реальность. В одном случае мы в конце концов приспосабливаемся к существующим условиям, в другом — впадаем в солипсизм. При одной крайности пациент заявляет, что его семья или окружение безумны и сводят его с ума, при другой — индивид считает себя действительно больным по причине пагубного внешнего воздействия. Если доводить поляризацию до предела, можно объявить все общество безумным и люди с эмоциональными расстройствами станут считаться здоровыми, возмущающимися больным обществом. Успешная терапия приспособит тогда этого человека к больному обществу, не заметив этого. Именно так далеко заходит Адорно, когда пишет: «Уподобляясь безумной тотальности, индивид становится действительно больным» (Adorno, 1972, p. 57).

Мутативная, изменяющая интерпретация, по-видимому, имеет особенный эффект, если она направлена на укрепление рабочих отношений, то есть на *идентификацию* пациента с психоаналитиком в его роли *дополнительного Эго*. В результате впечатления, которое произвела работа Стрэчи, развилась новая форма так называемого интерпретационного фанатизма. До этого он уже подвергался критике со стороны Ференци и Ранка (Ferenzi, Rank, 1924) на том основании, что все это относилось к генетическим реконструкциям, игнорировавшим переживания в ситуации «здесь-и-теперь», и потому было терапевтически неэффективным. Стрэчи (Strachey, 1934, p. 158) также обращал внимание на этот безуспешный интерпретационный фанатизм и указывал на эмоциональную непосредственность, присущую его

мутативной интерпретации (как интерпретации переноса) в момент неотложной необходимости. В то же время он подчеркивал, что большинство интерпретаций к переносу не относится.

Тем не менее развилась новая форма интерпретационного фанатизма, на сей раз со ссылкой на перенос в смысле чистого повторения. Это тоже ограничивало терапевтическую эффективность психоанализа, но по иной причине, чем чрезмерная интеллектуальная реконструкция. Понимание всего происходящего или упоминаемого пациентом в аналитической ситуации прежде всего как проявления переноса привело, как подчеркивал Балинт (Balint, 1968, p. 169), к тому, что «главной системой отсчета, используемой для формулирования практически каждой интерпретации, стало отношение между весьма важным, вездесущим объектом — аналитиком — и неравным субъектом, который в настоящее время явно не может чувствовать, думать или переживать что-либо, к этому аналитику не относящееся».

Возникает неравенство, которое может привести к злокачественным регрессиям, если игнорировать внешние обстоятельства жизни пациента, занимаясь лишь внеисторичными интерпретациями переноса. Такие интерпретации исключают настоящее во всех его формах — аналитическую ситуацию, влияние аналитика и внешние обстоятельства. Если рассматривать настоящее всего лишь как повторение прошлого или бессознательных схем, извлекаемых из прошлого и описываемых Фрейдом как шаблоны или клише, интерпретация переноса не будет относиться к истинной ситуации, которая имеет основу в реальности настоящего времени. Строго говоря, в таком случае «здесь-и-теперь» есть не более чем новый отпечаток старого паттерна или шаблона.

В противоположность внеисторичной концепции переноса и интерпретаций, основанных на этой точке зрения, аутентичные интерпретации «здесь-и-теперь» дают новый опыт, поскольку они самым серьезным образом относятся к настоящему. Здесь психоаналитик выполняет свою истинную задачу, которая не может быть сведена к задаче отца или матери. Хайманн (Heimann, 1978) использовала выражение «дополнительное Эго», чтобы описать эту функцию, прослеживая ее вплоть до роли матери и называя ее также «материнской функцией». Чтобы не впасть в редукционизм, мы не хотим называть дополнительное или вспомогательное Эго материнским, но принимаем это обозначение в качестве *функции*, что и является существенным его аспектом.

Мать (в лице аналитика), в качестве дополнительного Эго, предлагает ребенку (пациенту) понятия, которых у него самого нет. Мать учит ребенка новым понятиям мышления и тем самым ставит его на путь прогресса (Heimann, 1978, p. 228).

Технический совет Фрейда о том, что «пациента надо научить освобождать и реализовывать свою собственную природу, а не походить на нас», как будто противоречит большому терапевтическому значению идентификации пациента с аналитиком (Freud, 1919a, p. 165). Другой отрывок гласит (Freud, 1940a, p. 181): «Мы служим пациенту в различных функциях, в качестве авторитета и замены родителей, в качестве учителя и воспитателя». С другой стороны, Фрейд предупреждает:

> Однако, какое бы искушение стать учителем, образцом и идеалом для других людей и создавать людей по своему образу ни испытывал аналитик, ему не следует забывать, что это не его задача в аналитических отношениях, и фактически он предаст свое дело, если позволит этим своим наклонностям увлечь себя (Freud, 1940a, p. 175).

На симпозиуме, посвященном теме окончания лечения, Хоффер (Hoffer, 1950) описывал способность пациента идентифицироваться с функциями психоаналитика как самый важный компонент терапевтического процесса и его успеха. Таким образом, эта тема имеет основополагающее значение для понимания терапевтического процесса, хотя бы лишь по той причине, что она тесно связывает *функции* психоаналитика с *идентификациями* пациента.

Необходимо рассмотреть целую серию теоретических и практических проблем, которые мы хотели бы очертить, задав несколько вопросов. С чем идентифицируется пациент? Каковы последствия психоаналитической теории идентификации для оптимизации практики, как она облегчает пациенту ассимиляцию функций, опосредуемых аналитиком? Что опосредует аналитик и как он это осуществляет? Что касается переживаний пациента, возможно ли различить функции и человека, который их исполняет? Каким образом психоаналитик дает понять, что он не вписывается в ожидания, которые характеризуют неврозы переноса и соответствующие процессы восприятия? Достаточно ли для пациента увидеть, что способ мышления и действий психоаналитика не согласуется с установленными паттернами ожиданий? Достаточно ли для аналитика обозначать себя негативно, то есть не подтверждая бессознательных ожиданий пациента? По нашему мнению, одного такого несоответствия недостаточно, чтобы прервать невротически навязчивые повторения, а терапевтическая функция коренится в том факте, что психоаналитик работает в новаторской манере, вводя новые точки зрения и давая пациенту возможность найти ранее недоступные решения проблем.

Новаторские элементы играют такую естественную роль в терапии, что они почти незаметно сформировали точку зрения, что *синтез* происходит, по-видимому, сам по себе. Однако вме-

шательства психоаналитика на самом деле содержат по крайней мере латентные цели, которые и определяют, как вновь сгруппировать высвобожденные элементы. Основополагающая терапевтическая функция психоаналитика состоит в том, что он действует как «замена». Независимо от того, рассматривать ли его как вспомогательное Супер-Эго или дополнительное Эго, и как бы язык теории и практики, определяемый современной школой, ни отклонялся от терминологии Стрэчи, в психоанализе общепризнано, что поддержка вызывает процессы общения, взаимообмена, которые ведут к новым идентификациям. В результате пациент теряет независимость, что ведет, кроме всего прочего, к необходимости для него говорить языком своего терапевта, как это описал Балинт (Balint, 1968, p. 93), с пониманием связи между языком, мышлением и действием.

Обучение с помощью модели — или, пользуясь психоаналитической терминологией, идентификации — имеет очень большое значение в каждом терапевтическом процессе. Поскольку заявляют о себе весьма различные теории психоаналитических объектных отношений, относящиеся к разным школам, все концепции, касающиеся отношений внутреннего к внешнему и субъекта к субъекту (или объекту), представляют особый технический интерес (Kernberg, 1979; Meissner, 1979; Ticho — цит. по: Richards, 1980). В своем вступительном слове на конференции по теории объектных отношений Канцер (Kanzer, 1979, p. 315) призвал обратить особое внимание на то, что подчеркивание объектных отношений сделало возможным развитие диадического понимания традиционного лечения взрослых. Он также ссылается на многочисленных авторов, которые пошли дальше в этом направлении (Balint, 1959; Spitz, 1956; Loewald, 1960; Stone, 1961; Gitelson, 1962).

Общим для интернализации, идентификации, интроекции и инкорпорации является то, что все это относится к движению от внешнего к внутреннему посредством ассимиляции, присвоения и адаптации (Schafer, 1968; Meissner, 1979; McDevitt, 1979). Независимо от того смысла, который придается этим словам (например, если инкорпорации берутся буквально и слишком конкретно, а идентификации — как символическое приравнивание), общей их чертой является то, что они относятся к объектным отношениям. Поэтому Балинт (Balint, 1968, pp. 61—62) указывал, что невозможно говорить об идентификации в узком смысле слова, если не существует некоторого расстояния между тем, что внутри и снаружи, или между субъектом и объектом. Заслуживает упоминания в этой связи основополагающее антропологическое наблюдение Фрейда; он отмечал, что оставленные объектные отношения выражаются в идентификациях (1923b, p. 29). Вряд ли необходимо подчеркивать,

насколько важен этот аспект идентификации при сепарации, тяжелой утрате и окончании анализа.

Мы полагаем, что теперь можно решить старую проблему, касающуюся реальности в психоаналитической ситуации, и что пятьдесят лет спустя после важной статьи Стрэчи психоаналитическая техника может расширить и действительно расширяет свой терапевтический потенциал. Интерпретации переноса играют особую роль в этом развитии. В ходе наших рассуждений до этого момента мы выделили следующие аспекты:

1. Можно принять, что интерпретации «здесь-и-теперь» включают все виды обращения к аналитической ситуации, но не на текущие обстоятельства пациента, не относящиеся к анализу или предшествующие ему. Расширение понятия переноса, которое мы обсуждали во второй главе, позволяет выделить два вида вмешательства: один касается всего, что находится вне аналитической ситуации, второй включает все интерпретации, касающиеся «здесь-и-теперь» при широком понимании переноса. В традиционной форме интерпретации переноса аналитик предполагает, что происходит *повторение*, и таким образом сосредоточивает внимание на *генезисе*. Эти утверждения основываются на предположении, что существует условное отношение между текущим переживанием и поведением и более ранними переживаниями. Иными словами, такие интерпретации переноса выглядят примерно так: «Вы беспокоитесь, что я буду вас наказывать, как это делал ваш отец».
2. Можно направлять интерпретации переноса скорее на генезис и на *реконструкцию* воспоминаний. Можно, наоборот, переместить в центр такой интерпретации ситуацию «здесь-и-теперь», если предположить, что *бессознательные процессы внеисторичны*. Конечно, предметом интерпретации переноса подобного рода будет аналитик в качестве *старого* объекта. Кроме того, сиюминутная динамика оказывается почти идентичной сохранившемуся (внеисторичному) генезису. В интерпретациях «здесь-и-теперь» выравнивается разница между материалом, который преобразован из прошлого в настоящее, и вкладом аналитика в перенос. Здесь не ведется расследования аффективных и когнитивных процессов, создающих сиюминутную психическую реальность. Цель зеркалоподобной установки аналитика в том, чтобы продемонстрировать в чистейшей форме внеисторичные бессознательные фантазии и направленные против них бессознательные защитные процессы.
3. Наконец, мы подходим к таким интерпретациям переноса в ситуации «здесь-и-теперь», которые реализуют потенциал для диадического знания, полученного путем психоаналитического метода, и его терапевтическую эффективность. Мы подра-

зумевали все те интерпретации переноса, которые всеобъемлющим образом рассматривают воздействие более или менее реалистических восприятий пациента на бессознательные процессы. В этом контексте мы можем сослаться на концепцию Клаубера, что одной из задач психоанализа в настоящей фазе является различение переноса и элементов непереноса в аналитической ситуации. Однако тем временем теория переноса настолько расширилась, что разговор об элементах непереноса создает путаницу. Конечно, важно делать различие между воображаемыми декорациями и желаемым образом мира, которые создает аналитическая ситуация, с одной стороны, и реалистическими элементами в поведении аналитика — с другой. Этот процесс дифференциации различных типов диадического знания составляет мутативный эффект интерпретаций переноса.

Теперь мы можем упомянуть точку зрения Арлоу (Arlow, 1979) о том, что перенос развивается в метафорическом мышлении. На основе бессознательных схем (шаблоны Фрейда) из противоположных и схожих точек зрения создается психическая реальность. Пациент сравнивает психоаналитическую ситуацию и самого психоаналитика со своими текущими и предыдущими переживаниями. Если перенос понимать как проявление метафорического мышления и опыта, как это делает Арлоу, то необходимо предположить, что *подобие* позволяет установить связь, позволяющую перенести нечто с одного берега на другой, то есть из прошлого в текущую ситуацию. Поэтому именно с терапевтической точки зрения критика Карвета (Carveth, 1948b, p. 506) должна восприниматься серьезно. Он указывает, что *подтверждение* аналитиком подобия как раз и является *предпосылкой* для изменения шаблонов переноса, которые, согласно психоаналитической теории, сформированы необходимостью отрицать реалистические восприятия и вытеснять аффективные и когнитивные процессы. Бессознательные шаблоны Фрейда весьма похожи на лингвистическую категорию «мертвых метафор» (Weinrich, 1968; Carveth, 1984b). Они могут возродиться к жизни, то есть возникнуть из динамики бессознательного, если подобие (в том смысле, как это понимал Гилл) учитывается и допускается в интерпретациях переноса. Иначе происходит повторение актов отрицания и старые шаблоны сохраняют свое влияние. Момент, когда идентифицируются подобия, также отмечает обнаружение «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там». Дифференциация видов диадического знания дает возможность мутативным интерпретациям производить корректирующее эмоциональное воздействие.

Наконец, мы хотели бы подчеркнуть, что наша позиция в ее терапевтическом аспекте исходит из основополагающего утвер-

ждения Фрейда, что «фрагмент исторической истины» содержится во всех эмоциональных расстройствах (1937d, p. 269). Фрейд подчеркивает, что если бы эта историческая истина была признана, то

можно было бы отказаться от тщетных попыток убедить пациента в ошибочности его заблуждений и в их несоответствии реальности; напротив, признание зерна истины в его словах позволит найти общую почву, на которой сможет развиваться терапевтическая работа. Эта работа будет состоять в освобождении фрагментов исторической истины от искажений, в их привязке к настоящему дню и доведении их до того момента прошлого, которому они принадлежат. Переложение материала из забытого прошлого на настоящее или на ожидания будущего на самом деле весьма обычное явление у невротиков не в меньшей степени, чем у психотиков (1937d, pp. 267—268).

Теперь понятно, каким образом мы хотим сделать эту концепцию терапевтически полезной. Общая почва может быть найдена в *признании зерна истины* в интерпретациях переноса. Обычно при этом достаточно признать общие человеческие диспозиции, как мы предлагали в третьей главе. Конструирование исторических истин, в противоположность этому, сомнительно; ему не хватает убедительности, исходящей из текущих переживаний. Мы полагаем, что пациент, сравнивая «здесь-и-теперь» и «тогда-и-там», в конце концов дистанцируется и от того и от другого, освобождая себя для будущего. Поэтому нам хотелось бы перефразировать утверждение Фрейда (1937c, pp. 231—232) в том смысле, что аналитическая работа идет наилучшим образом, когда пациент устанавливает дистанцию между собой и прошлыми переживаниями, а также и текущими истинами, которые при этом становятся историей.

## 8.5 Молчание

Речь и молчание — это две стороны любого разговора; участники должны либо говорить, либо молчать. А именно либо один участник говорит, либо оба молчат, либо оба говорят одновременно. В то время, когда один человек говорит, другой может либо только молчать, либо прервать его, а если оба молчат, создается пространство, на которое претендует каждый и которое только один из них может захватить, с тем чтобы говорить неопределенное время. Молчание аналитика дает пациенту возможность говорить (между прочим, кабинет врача по-немецки называется Sprechzimmer, или комната для разговора).

Имеются основательные причины, чтобы поощрять пациента начать диалог. Одностороннее распределение речи и молчания, однако, противоречит правилам повседневного общения. Откло-

нение от ожидаемого хода диалога вызывает удивление, раздражение и, наконец, беспомощность. Например, если аналитик ведет себя очень пассивно в начальных сеансах, он оказывает необыкновенно сильное влияние на пациента, чьи ожидания были сформированы предыдущими визитами к врачам. Пациент ожидает прямых вопросов по поводу своих жалоб и их истории, чтобы он мог дать на них точные ответы. Чем больше ход дискуссии отклоняется от его ожиданий и от паттернов речи и молчания, характерных для повседневного общения, тем больше его удивление.

Этих замечаний должно быть достаточно, чтобы ясно продемонстрировать, что эффект использования молчания в качестве орудия весьма различен. Невозможно дать общие рекомендации в этом отношении, поскольку то, воспринимается ли молчание как отвержение или доброжелательное поощрение, зависит от многих ситуационных обстоятельств. Поэтому тем более удивительно, что мнение о психоаналитике как о сидящем молча за кушеткой не сводится к карикатурам. Напротив, аналитики часто возводят молчание в добродетель, как будто эта профессия следует правилу «слово — серебро, молчание — золото».

Действительно, с аналитической точки зрения имеются основательные причины быть сдержанным в диалоге и не задавать назойливых вопросов, которые помешают пациенту перейти к темам, для него важным. Таким путем пациента можно пригласить сделать первые шаги в направлении свободной ассоциации. Проявляя сдержанность, аналитик может побудить пациента к попытке сказать все, что он чувствует необходимым сказать и способен выразить в настоящее время. Если брать длительный период времени, то молчание аналитика способствует еще и регрессии пациента, которая полезна не сама по себе, но является частью терапевтического процесса. Только по одной этой причине дозировка речи и молчания имеет огромное значение.

Ввиду практической необходимости быть столь же осторожным в использовании молчания, как и произнесенного слова, озабоченность вызывает тот факт, что и молчание превратилось в стереотип. Нередки случаи, когда этот стереотип заставляет аналитика вести себя в чрезвычайно сдержанной манере даже в начальном интервью, то есть использовать его как вид миниатюрной аналитической пробы, с тем чтобы определить, подходит ли пациент для планируемой терапии.

Паузы являются существенной частью терапии как по диагностическим, так и по терапевтическим соображениям и предоставляют пациенту возможность вводить новые важные темы. Это может быть также использовано как средство получить первое впечатление, до какой степени пациент выдерживает молчание аналитика.

Поскольку мы выступаем против того, чтобы этим методом выясняли, подходит ли пациент для анализа, а настаиваем на том, чтобы приспосабливать анализ к пациенту, важно исследовать вопрос, как получилось, что молчание аналитика стало стереотипом. Факторы, способствующие такому положению, — это, по нашему мнению, высокая оценка свободных ассоциаций и регрессии как самоизлечивающих процессов и слишком большой упор на самопознание как на терапевтическое средство. Например, Фрейд рекомендовал аналитику избегать интерпретаций, пока пациент сам почти что не подошел к тому же самому инсайту о прежде недоступной его сознанию констелляции.

> Мы тщательно обдумываем, когда ему следует передать знание одной из наших конструкций, и мы ждем, как нам кажется, подходящего момента, что не всегда легко определить. Как правило, мы откладываем сообщение ему конструкции или объяснение, пока он сам не подойдет к нему так близко, что останется сделать только один шаг, хотя в действительности такой шаг и есть решающий синтез (Freud, 1940a, p. 178).

Эта рекомендация идеально объединяет две точки зрения: во-первых, принцип, что пациента следует как можно меньше беспокоить; во-вторых, впечатление, что собственный инсайт пациента имеет больший терапевтический эффект, чем информация, предоставленная аналитиком. Фрейд ясно указывает, что существует идеальный момент или особенно благоприятное пересечение внутренних и внешних факторов, и для аналитика важно найти этот благоприятный момент, чтобы нарушить молчание. Дихотомия молчания и речи преобразуется, таким образом, в поляризацию между молчанием и интерпретацией. Это происходит, если вообще оказывается возможным, без промежуточных стадий, которые естественно возникают в каждом психоаналитическом диалоге, даже если они и не вписываются в идеальную картину психоанализа.

Мы приходим теперь к неожиданному результату: наряду с весьма традиционной точкой зрения, что интерпретация должна быть единственной формой вербального общения со стороны аналитика, высокая, даже мистическая ценность придается молчанию. Молчание превратилось в скрытое убежище и полезный источник интерпретации. Мы отвергаем мистификацию, хотя, вне сомнения, некоторые моментальные соглашения между пациентом и аналитиком основаны на глубоком, бессознательном общении так, будто относительно интерпретаций у них уже было предварительное соглашение, то есть будто у пациента и аналитика были одинаковые мысли. Мы согласны с Кремериусом (Cremerius, 1969), что молчание, основанное всего лишь на принятой практике, без критического обоснования, нужно отвергнуть. Молчание — это одно из орудий, один из нескольких технических приемов, которые должны использоваться в соответ-

ствии с ситуацией для продвижения вперед аналитического процесса.

Основное правило и дополняющее его равномерно распределяемое внимание — эти правила лечебного процесса дают особый тип диалога, который в действительном ходе лечения редко является столь асимметричным, как, казалось бы, можно предположить на основе теоретических дискуссий. Стенографические протоколы аналитических диалогов свидетельствуют о том, что аналитик обычно активно в них участвует, хотя в литературе определена количественная доля устной активности как 5:1 или 4:1 в пользу пациента. В этой оценке паузы обычно рассматриваются как часть времени, принадлежащего пациенту, вследствие основного правила и того факта, что вопрос о вмешательстве аналитика формально не регулируется. Мы не разделяем этого подхода и полагаем, что более приемлемо считать продолжительные паузы частью совместной речевой активности. Основное правило эффективно действует только ограниченный период времени, если диалог уже исчерпан. В какой-то момент перед аналитиком встает вопрос, не следует ли ему нарушить молчание. Во время более продолжительных периодов молчания интрапсихические процессы у партнеров в диалоге не останавливаются. У пациентов может быть множество мотивов, чтобы продолжать молчание, которые охватывают весь спектр теории неврозов; подобно этому и у аналитика могут быть причины не говорить. Молчаливый, сопротивляющийся пациент может вызвать у аналитика ответное молчание. Если оба партнера молчат, становятся более заметны и тоже начинают восприниматься процессы невербальной коммуникации.

Кремериус (Cremerius, 1969, p. 98) сообщал об одном пациенте, ориентировавшемся на число спичек, которые аналитик зажигал во время пауз; несколько спичек было признаком гармонии, много спичек означало расстройство коммуникации.

Психология молчания, начало которой уже положено, внесет вклад в создание технической базы для различения слияния субъекта и объекта, с одной стороны, и отказа от коммуникации — с другой. В обоих случаях возможность следовать основному правилу достигает своего предела. Нахт (Nacht, 1964) рассматривает молчание как род объединяющего, мистического переживания, разделяемого пациентом и аналитиком, и полагает, что этот бессловесный обмен может представлять переживание вновь (или новое переживание) состояния слияния и полного растворения, характерного для раннего развития. Он связывает, таким образом, молчание с идеей исправляющего изменения, то есть с идеей излечения средствами догенитальной любви, по Ференци, в чьей традиции это и следует рассматривать.

Психология Эго также стоит на тех позициях, что интерпретацию не следует использовать как средство достижения изменений. Калогерас (Calogeras, 1967) продемонстрировал это в лечении хронически молчаливого пациента. Однако мы рассматриваем детальное обоснование параметра «отказ от основного правила» как пример того, что мы обсуждали в отношении техники основной модели (см. гл. 1). В том же смысле Лёвенштайн (см.: Waldhorn, 1959), Зелигс (Zeligs, 1960) и Мозер (Moser, 1962) приводят аргументы в пользу того, чтобы дать молчаливому пациенту необходимое ему время. Сюда можно отнести и указание Фрейда: все технические шаги должны быть направлены на создание наиболее благоприятных условий для Эго.

В дополнение к общим аспектам функции молчания аналитика и его последствий мы хотели бы рассмотреть специальную тему *власти* и *бессилия* в психоаналитических отношениях. Мы полагаем, что молчание аналитика, если оно используется стереотипным образом и оканчивается интерпретацией, которая, возможно, весьма далека от того, чтó занимало внимание пациента в течение долгого периода с того момента, когда либо он, либо аналитик говорили последний раз, может весьма неблагоприятным образом внести вклад в поляризацию бессилия и власти между пациентом и аналитиком. Вот пример этого (составленный на основе заметок аналитика):

Более длительный анализ. Пациентка часто подолгу молчит. До сих пор нет никакого удовлетворительного объяснения такого поведения. Однажды она рассказала, что ее мать часто подолгу молчит и что это молчание всегда означало какую-нибудь неприятность и пугало ее. После того как пациентка в течение какого-то времени молчала, последовала интерпретация.

А: Вы даете знать о неприятности и хотите напугать меня, как это делала ваша мать, когда она молчала.

Пациентка соглашается с интерпретацией, но затем долгое время молчит. Позднее она сказала, что эта интерпретация причинила ей боль, так как она была вынуждена признать, что в каком-то отношении похожа на мать, которую сильно ненавидела (Flader, Grodzicki, 1982, pp. 164—165).

Поскольку этот пример мы хотим использовать для обоснования тезиса, что именно сочетание упорного молчания со стороны аналитика и последовавшей внезапной интерпретации переноса привели к поляризации всемогущества и бессилия, мы должны отметить, что Фладер и Гродзицки приводят это как хороший пример интерпретации переноса, на котором можно показать дискурсивный механизм психоаналитических интерпретаций. «В вышеприведенном примере интерпретации переноса пациентка сначала принимает интерпретацию и затем погружается в молчание, возможно с целью ассимиляции» (Flader, Grodzicki, 1982, p. 173).

Мы не разделяем эту позитивную интерпретацию реакции пациентки. Независимо от того, что интерпретация переноса и последовавшее за ней молчание пациентки относятся к защитному механизму идентификации с агрессором (она ведет себя как ее мать и обращается с аналитиком как с ребенком, каким она была сама), то, что пациентка немедленно приняла интерпретацию, означает, что она быстро подчинилась непосредственному вмешательству аналитика. Интерпретация последующего длительного периода молчания в качестве акта ассимиляции вряд ли отвечает критериям Айзекс позитивной реакции на интерпретацию. Это могло бы вполне быть молчанием ассимиляции, но то, что пациентка должна была ассимилировать, было, вероятно, замешательством от открытия, что она чем-то похожа на ненавидимую ею мать. В этом смысле запись аналитика содержит комментарий, что его интерпретация причинила ей серьезную боль, а не просто тронула. Разница важна, особенно ввиду того, что сообщение представлено лингвистом и психоаналитиком. Одна из причин, по которой мы выбрали этот пример, заключается в том, что он напоминает нам наш собственный, неблагоприятный опыт с этой техникой.

Молчание и последующее внезапное осознание аналитиком ответа на вопрос, которого пациент даже еще не поднял (в вышеупомянутом примере): «Что я, собственно, делаю и чего я на самом деле хочу?» — могут привести, таким образом, к поляризации бессилия и всевластия, которые являются как биперсональными, так и интрапсихическими. Аналитик становится всемогущим, а пациент бессильным; бессознательные фантазии пациента по поводу всемогущества усиливаются до такой степени, что он испытывает унижение в психоаналитической ситуации. Если кого-то заставляют почувствовать себя бессильным и беспомощным — либо путем лишения существенного для него удовлетворения, либо каким-либо другим путем, ослабляющим его ощущение собственного Я, — то будут иметь место попытки получить компенсацию, которые могут начаться немедленно или позже.

Переживания бессилия могут быть компенсированы фантазиями всемогущества. Патологическое «всемогущественное» поведение, в противоположность мимолетным фантазиям всемогущества, хорошо всем знакомым, обычно является отчаянной попыткой защитить себя от подавляющего господства и деспотизма. Поляризация, следующая за стереотипным молчанием и внезапными интерпретациями, непосредственно несравнима с ситуацией, характерной для детей, хотя в ходе нормального развития они также переживают чувство бессилия и ощущают неравное распределение власти между взрослыми и собой и у них бывают компенсирующие фантазии величия. Нам следует пойти

дальше и поднять вопрос, может ли дополнительное серьезное унижение объясняться именно такой аналогией. В особенности если аналитик рассматривает эти компенсирующие фантазии как *искаженные восприятия*, взятые из переноса, то он отвергает критику пациентом его собственного чрезмерного молчания. К тому же следующим шагом является то, что компенсирующие фантазии величия и всемогущества интерпретируются как последствия сохранившегося инфантильного нарциссизма.

Таким образом, у нас есть все основания строить психоаналитическую ситуацию таким способом, чтобы поляризация бессилия—всемогущества не сместилась в пользу реактивных фантазий в ходе терапевтической регрессии.

Как может пациент понять, что его поведение, например его молчание, представляет собой вопрос и что интерпретация аналитика является адекватным ответом? Фладер и Гродзицки (Flader, Grodzicki, 1982) показали, что аналитик может обнаружить желание или мотив, содержащиеся в молчании пациента, только нарушив правила поведения повседневного общения. В том же ключе Шрётер (Schröter, 1979, pp. 181—182) описывал интерпретации как отрицание повседневных форм взаимодействия.

Интерпретации являются комментариями аналитика к высказываниям и действиям пациента. В них он пытается выявить бессознательный смысл высказываний и действий, то есть бессознательных фантазий, желаний и тревог, которые в них содержатся. Таким образом, пациент имплицитно характеризуется как лицо, которое не вполне знает, чтó оно говорит, по крайней мере с точки зрения истолкования смысла его высказываний.

Поскольку, как замечает сам Шрётер, пациент считает отклонения от форм повседневного общения чем-то совершенно чуждым, аномальным и даже угрожающим, следует придерживаться принципа, что эти отклонения должны дозироваться в соответствии с их последствиями для аналитического процесса. Подобная рекомендация основывается на нашем опыте, что все пациенты, а не только с нарциссическими расстройствами личности, весьма чувствительно реагируют на нарушения норм повседневного диалога, и это особенно верно, если они находятся в такой ситуации, когда им нужна помощь. Шрётер (Schröter, 1979, p. 181) замечает, что интерпретации очень часто переживаются как критика, порицание или унижение, и мы без лишних слов распространяем это и на молчание. Поэтому следует найти оптимальный способ ведения диалога в том, что касается техники лечения, и стараться свести неблагоприятные последствия к минимуму.

## 8.6 «Отыгрывание вовне» (acting out)

Общий подход к действию в психоанализе и обычно негативная оценка «отыгрывания вовне» являются признаками того, что нам легче иметь дело со словом, чем с поступком. Несмотря на старания некоторых психоаналитиков предусмотреть адекватное отношение к «отыгрыванию вовне» с точки зрения, например, психологии развития и психодинамики, этот термин все еще используется в связи с формами поведения, которые нежелательны и могут даже угрожать аналитику. Особые явления в психоаналитической ситуации сделали это понятие необходимым и придали ему негативный оттенок.

Нам следует проанализировать, почему «отыгрывание вовне» имеет место и почему оно рассматривается как некое нарушение. Иными словами, какие формы поведения аналитик оценивает негативно, то есть как «отыгрывание вовне»? Мы выбрали именно такую формулировку, чтобы привлечь внимание к тому, что психоаналитик (вместе с факторами, которые он сам принимает как данные, то есть обстановкой, линиями поведения, основным правилом) оказывает значительное влияние на ситуацию, хотя очевидно, что только анализируемый может поставить под вопрос или отвергнуть правила, о которых есть договоренность, и отклониться от желаемой структуры диалога и отношений, особенно в *словесных выражениях* и *воспоминаниях*.

Фрейд обнаружил явление, которое он обозначил как «отыгрывание вовне», в контексте переноса Доры и описал в своей работе «Фрагмент анализа случая истерии» (1905e). Но «отыгрывание вовне» не занимало значительного места в психоаналитической технике до опубликования работы «Припоминание, повторение и проработка» (1914e), где Фрейд выводит это явление из психоаналитической ситуации и переноса. Фрейд сравнивает психоаналитическую технику с гипнозом, упоминает о некоторых затруднениях и затем продолжает:

> Если мы ограничимся этим вторым типом, с тем чтобы выявить различия, то можно сказать, что пациент *не помнит* ничего из того, что он забыл и подавил, но *отыгрывает* это вовне. Он воспроизводит это не как воспоминание, но как действие; он *повторяет* это, конечно не зная, что он это повторяет (1914e, p. 150).

В связи с этим Канцер (Kanzer, 1966, p. 538) говорит о «моторной сфере переноса».

Выражение «отыгрывание вовне» имеет два значения. Как указывают Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 4), Фрейд «не сумел отличить элемент *актуализации* в переносе от обращения к *моторному действию*». Сочетание этих значений относится, с одной стороны, к открытию понятия в случае До-

ры, с другой — к модели когнитивных и аффективных процессов, относящихся к движению. Структура мыслительного аппарата обычно позволяет психическому процессу перейти от перцептивного края к моторному (Freud, 1900a, p. 537).

В связи с бессознательными импульсами желаний Фрейд замечает, что «факт переноса, так же как и психозы, показывает нам, что они [бессознательные импульсы желаний] пытаются пробиться с помощью предсознательных систем в сознание и получить контроль над двигательной силой» (1900a, p. 567). Описание как аффективных, так и невербальных выражений в психоаналитической ситуации в качестве «отыгрывания вовне» привело к путанице, как указывали многие авторы (Greenacre, 1950; Ekstein, Friedman, 1959; Rangell, 1968; Scheunert, 1973). Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 5) пишут:

> Поскольку Фрейд, как мы видели, описывал даже перенос на аналитика как модальность «отыгрывания вовне», он не смог ни ясно отдифференцировать, ни показать взаимосвязь между явлениями повторения в переносе, с одной стороны, и проявлениями «отыгрывания вовне» — с другой.

В своих поздних работах Фрейд все еще подчеркивал прежде всего связь между припоминанием и «отыгрыванием вовне»: «Пациент... как бы «отыгрывает» это вовне перед нами, вместо того чтобы рассказать нам об этом» (1940a, p. 176). Конечно, «отыгрывание вовне» может происходить также и вне переноса.

> Мы должны поэтому быть готовы увидеть, как пациент уступает навязчивому повторению, которое теперь заменяет побуждение к припоминанию, не только в его личном отношении к своему врачу, но также и во всякой другой активности и отношениях, которые могут происходить в его жизни в это время, — если, например, он влюбляется, или решает какую-то задачу, или открывает предприятие во время лечения (Freud, 1914d, p. 151).

«Отыгрывание вовне» не только связано с припоминанием и повторением, но имеет такие значения и функции, чисто техническая классификация и дифференциация которых оказывается недостаточной. Лапланш и Понталис (Laplanche, Pontalis, 1973, p. 6) поэтому рекомендуют подвергнуть пересмотру психоаналитические теории действия и коммуникации, включив следующие темы: аффективные и импульсивные отреагирование и контроль; слепое «отыгрывание вовне» и целенаправленные действия; моторная разрядка и высокоорганизованные акты, такие, как разыгрывание пьес и сценических представлений, построение отношений, творческие достижения и другие способы разрешения напряжений и конфликтов средствами дифференцированных и сложных наборов движений и действий: «отыгрывание вовне»

как результат и осуществление защитных и адаптивных возможностей в репертуаре индивида в отношении к его окружению.

Существует немало бессознательных условий, которые могут усилить тенденцию к «отыгрыванию вовне». Они включают ранние травмы, пагубно повлиявшие на способность к формированию символов, поскольку память и припоминание связаны с приобретением словесных символов, ведущих к состоянию, в котором аппарат памяти приобретает полезную структуру (Blos, 1963). Расстройство чувства реальности, визуальная сенсибилизация, фиксация на уровне «магии действия» являются разного рода условиями, могущими привести к подчеркиванию языка действия в противоположность вербальному языку. В то же время фантазии и действия представляют собой возможные довербальные средства решения проблем и коммуникации.

Действия могут вызвать более сильные и более непосредственные чувства изменения Я, чем слова, и они содержат больший потенциал для воздействия на внешнюю реальность и мир объектов. «Отыгрывание вовне» может обладать функцией овладения напряжением и создания (или воссоздания) чувства реальности. Наконец, «отыгрывание вовне» является также способом эксплуатации внешнего мира для безжалостной максимизации удовольствия (Blos, 1963).

«Отыгрывание вовне» может помочь избавиться от пассивных желаний и связанного с ними беспокойства, а также избавит от последствий переживаний бессилия и мучительной беспомощности.

Блос (Blos, 1963) описывал «отыгрывание вовне» как обычное и подходящее решение проблемы сепарации в подростковом возрасте. Обеднение Эго в результате удаления либидо от важных (родительских) объектов компенсируется переполненностью, катексисом, внешним миром или возможностями взаимодействия с ним (что, естественно, является источником важных новых переживаний). По нашему мнению, эти подростковые переживания проливают также свет на ту роль, которую «отыгрывание вовне» играет во время сепарации, расставания с любимыми людьми, так же как и при переходе к новым стадиям развития с последующей сепарацией от прошлого.

Можно продолжать перечисление значений и функций «отыгрывания вовне» неопределенно долго. Это перечисление свидетельствует о неясности понятия и трудности его определения в терминах техники лечения. Боески (Boesky, 1982, p. 52) рекомендовал говорить об «отыгрывании вовне» только в связи с повторением и проработкой. Мы учитываем несколько значений этого понятия, потому что дифференцированное понимание «отыгрывания вовне» делает возможным распознать его как внутри, так и вне аналитической ситуации, интегрировать его и

сделать доступным для аналитической работы. Оно также ограничивает негативное значение «отыгрывания вовне» формами поведения, имеющими прежде всего разрушительные последствия, ведущими к отрицанию и путанице или серьезно угрожающими терапевтическому сотрудничеству. То, что этот процесс мешает аналитику и испытывает его терпение, не должно само по себе вести к его негативной оценке. И являются ли такое поведение и реакции в каждом отдельном случае привычными или случайными, имеет второстепенное значение.

Используя технические термины, можно сказать: интерпретации, а не оценки и правила должны быть первейшими средствами, ограничивающими «отыгрывание вовне» в переносе, так чтобы оставалась возможность продуктивного процесса лечения.

По практическим причинам Фрейд продолжал утверждать, что «в психоаналитическом лечении не происходит ничего, помимо обмена словами между пациентом и аналитиком» (1916/17, р. 17). *Слово* есть характерная черта психоаналитического лечения. Для Фрейда целью лежания на кушетке было блокирование экспрессивно-моторной области переживаний и поведения по четко определенным теоретическим причинам: ограничивая движение, он хотел прервать внешнюю разрядку и усилить внутреннее давление, с тем чтобы облегчить *припоминание*. Абстиненция и фрустрация должны были усилить внутреннее давление, чтобы оживить воспоминания.

Поскольку регрессия способствует фантазированию, в результате появляется некоторая тенденция к «отыгрыванию вовне», к повторению с помощью «отыгрывания вовне», и это противоречит требованию, чтобы пациент выражал действия словами и повторял их мысленно. Детские чувства, конфликты и фантазии повторяются в переносе, но предполагается, что Эго анализируемого функционирует в зрелых условиях вербализации и интроспекции — условиях, которые определяют ход и жизненность анализа. Возросшее напряжение (усиленное давление вследствие абстиненции, фрустрации и сужения сферы действия) также открывает дополнительные пути проявления регрессии (разрядка, приспособление, защита). Поскольку в лежачем положении жестикуляция затруднена и нет визуального контакта, речь остается первостепенным средством общения. Однако это не представляет эффективной замены для подавленных и сдерживаемых тенденций к действию. Блум (Blum, 1976), в частности, упоминает довербальные переживания, которые, подобно некоторым аффектам, чувствам, настроениям, не могут быть адекватно выражены в словах.

Можно сделать вывод, что анализ невозможен без некоторого «отыгрывания вовне». Невозможно выразить в словах все

аспекты переживаний (и неврозов). Боески (Boesky, 1982) ссылается на «отыгрывание вовне» как на возможность актуализации присущего неврозу переноса.

Тем не менее существование скептицизма в отношении «отыгрывания вовне» может быть связано с его открытием и описанием в случае с Дорой, а точнее, с тем, что эта пациентка прервала лечение. Мы хотели бы теперь процитировать следующее описание, с тем чтобы прокомментировать современную точку зрения. Анализ Доры, имевший место в 1900 году, продолжался только одиннадцать недель.

Вначале было ясно, что я замещаю отца в ее воображении, что было не так уж неправдоподобно, учитывая разницу в нашем возрасте. Она даже постоянно сознательно сравнивала меня с ним и беспокойно продолжала попытки убедиться, вполне ли я с ней откровенен, поскольку ее отец «всегда предпочитал секреты и обходные пути». Но когда появилось первое сновидение, в котором она предупреждала себя, что лучше ей прекратить лечиться у меня, так же как она ранее покинула дом г-на К., мне следовало бы самому прислушаться к предостережению. «Теперь, — следовало бы мне сказать ей, — вы сделали перенос с г-на К. на меня. Заметили ли вы что-нибудь, что заставило вас подозревать меня в дурных намерениях, подобных тому (открыто или в какой-то видоизмененной форме), как это было с г-ном К.? Или вас что-то поразило во мне, или вы что-то узнали обо мне, что подействовало на ваше воображение, как случилось ранее с г-ном К.?» Ее внимание было бы обращено на некоторые детали наших отношений, или моей личности, или обстоятельств, за которыми было скрыто нечто подобное, но неизмеримо более важное, касающееся г-на К. И когда этот перенос был бы прояснен, анализ мог получить доступ к новым воспоминаниям, возможно имеющим отношение к действительным событиям. Но я остался глух к этой первой предупреждающей ноте, полагая, что у меня достаточно времени впереди, поскольку никакие новые стадии переноса не развивались и материал для анализа еще не истощился. Таким образом, перенос застал меня врасплох, и из-за неизвестной моей характеристики, которая напоминала Доре о г-не К., она отомстила мне, как она хотела отомстить ему, и покинула меня, поскольку полагала, что она обманута и покинута им. Так, она произвела *«отыгрывание вовне»* части своих воспоминаний и фантазий, вместо того чтобы воспроизвести их в ходе лечения. Что это была за неизвестная характеристика, я, естественно, не могу сказать. Я подозреваю, что это было связано с деньгами или с ревностью к другой пациентке, которая поддерживала отношения с моей семьей после выздоровления. Когда есть возможность ввести переносы в анализ на ранней стадии, ход анализа замедляется и затемняется, но его существование лучше гарантировано от внезапного и всепоглощающего сопротивления (Freud, 1905e, pp. 118—119).

Если мы рассмотрим «отыгрывание вовне» Доры, как его описал Фрейд, на основании нынешнего состояния знаний, мы должны будем признать, что Фрейда побудила терпеливо ждать переоценка им важности бессознательных следов воспоминаний по сравнению со значением ситуационного фактора, ускорившего перенос, который в данном случае привел к отрицательным последствиям. Фрейд сам это понял после окончания анализа: заметила ли она что-нибудь в *нем*, что заставило ее почувство-

вать недоверие, как и с г-ном К., или она заметила нечто в *нем*, что привлекало ее, как раньше в г-не К.?

Основываясь на ретроспективном анализе этого случая, проделанного Дейчем (F.Deutsch, 1957), Эриксоном (Erikson, 1964) и Канцером (Kanzer, 1966), можно предположить, что «отыгрывание вовне» Доры мотивировалось ситуационными факторами. Фрейд впоследствии подчеркивал это, хотя в 1905 году не сделал выводов из этого факта.

Фрейд искал сексуальные фантазии у этой истеричной девушки, которая заболела после того, как г-н К. дважды пытался соблазнить ее. Он пытался удостовериться в бессознательной «истинности» ее (в конечном итоге инцестуозных) фантазий. Воспоминания Доры, казалось, поддерживали такие предположения ввиду ее возбуждения и многочисленных и разнообразных чувств, после того как она яростно отвергла попытку соблазнения.

Однако Дору беспокоила другого рода истина: она хотела доказать, что ее отец и другие лица, ее окружавшие, виновны в неискренности. У ее отца была связь — тайная, но известная Доре — с женой г-на К., и, регистрируя свою дочь в конторе Фрейда, он подчеркнул, что она всего лишь вообразила сцены с г-ном К. Лидц и Флек (Lidz, Fleck, 1984, p. 444) интерпретировали историю болезни Доры в терминах семейной динамики. Они подробно показали, что Фрейд, вопреки собственным целям, не уделил достаточного внимания чисто человеческим, социальным и семейным отношениям. Они подняли ряд вопросов, которые показывали, что Фрейд недооценил влияния сложных семейных взаимоотношений Доры на ее переживания и болезнь. Фрейд, например, не рассмотрел тот факт, что отец Доры постоянно нарушал границы поколений, сначала используя дочь как заменитель своей жены, а затем как средство отвлечения г-на К., мужа своей любовницы. Лидц и Флек подняли другие вопросы в связи с концепцией границ поколений и пришли к выводу, что родители Доры вместе с г-ном и г-жой К. много раз нарушали эту границу.

Эриксон подвел следующий итог проблеме, возникшей в связи с тем, что Дора и Фрейд искали различные истины:

> Но если в неспособности пациентки соответствовать его типу истины Фрейд прежде всего увидел работу вытесненных инстинктивных стремлений, он, безусловно, при этом заметил, что Дора тоже стремилась найти некую истину. Он был озадачен фактом, что пациентка была «почти вне себя от предположения, что она всего лишь вообразила» условия, которые привели ее к болезни; и что она продолжала «весьма настойчивые попытки убедиться, вполне ли я с ней откровенен». Давайте вспомним здесь, что отец Доры просил Фрейда «образумить ее». Фрейд должен был заставить его дочь выкинуть из головы сюжет о ее соблазнении г-ном К. У отца была основательная причина этого хотеть, так как жена г-на К. была его собственной любовницей, и он, казалось, был готов не обращать внимания на неблаговидные поступки г-на К., если тот не будет выдвигать обвинений

против него самого. Поэтому настояния Доры, что причиной ее болезненного состояния является ее роль как объекта эротического товарообмена, представлялись весьма неуместными.

Я задаюсь вопросом, многие ли из нас могут сегодня не протестуя согласиться с утверждением Фрейда, что здоровая девочка 14 лет при таких обстоятельствах не стала бы рассматривать предложения г-на К. «как бестактные и оскорбительные». Характер и серьезность патологической реакции Доры превратили ее историю болезни в классический случай истерии; но мотивация ее заболевания и отсутствие мотивации к выздоровлению, как это представляется нам сейчас, требуют подходить с позиции развития.

Сообщение Фрейда указывает, что Дора была озабочена исторической истиной, известной другим, в то время как ее врач настаивал на генетической истине, лежащей за ее симптомами. В то же самое время она хотела, чтобы ее врач был «правдив» в терапевтических отношениях, то есть доверял ей на ее условиях, а не на условиях ее отца или соблазнителя. Возможно, она оценила в какой-то мере, что врач доверяет ей в силу своих исследовательских наклонностей, ведь все-таки она вернулась. Но зачем тогда ставить его перед фактом, что она поставила перед родителями вопрос об исторической истине? (Erikson, 1962, pp. 455—456)

Важным для Доры было ее собственное мнение о себе и его подтверждение в реальности. Блос (Blos, 1963) на базе своего опыта с подростками писал, что «отыгрывание вовне» выполняет важную функцию в случаях, когда реальность была скрыта от ребенка его окружением каким-то травмирующим образом. «Отыгрывание вовне» тогда используется для восстановления чувства реальности. После того как лечение прекращено, проработка функции «отыгрывания вовне» становится невозможной. События, которые Фрейд описывал впоследствии, показывают, однако, что серьезное рассмотрение тревог Доры снизило бы риск «отыгрывания вовне» или прерывания лечения. Ее «отыгрывание вовне» было вызвано ошибкой в позиции Фрейда, то есть в том, на чем он сосредоточивал внимание. В этой специфической лечебной ситуации, о которой он сам самокритично упоминал, его ошибкой была недостаточная интерпретационная активность.

Какой же вывод *Фрейд* сделал из того момента лечения, который предшествовал «отыгрыванию вовне» Доры, то есть ее необъявленному отсутствию? Дора выслушала, не возразив, как она это делала обычно, когда Фрейд попытался интерпретировать на более глубоком уровне попытку соблазнения ее г-ном К. и ее гнев по поводу того, что история считалась плодом ее воображения. «Я теперь знаю — и вы не хотите, чтобы вам об этом напоминали, — вы *действительно* вообразили, что предложения г-на К. были серьезными и что он не отстал бы, пока вы не вышли бы за него замуж». Дора, «казалось, была тронута; она попрощалась со мной очень тепло, сердечно поздравила с Новым годом и — больше не пришла» (Freud, 1905e, pp. 108—109). Таким образом, Фрейд проследил источник ее гнева —

она чувствовала, что ее тайное желание обнаружено, всякий раз, когда он ссылался на ее воображение.

В 1900 году Дора была 18-летней девушкой в фазе подростковой отчужденности. Она была на той стадии развития, в которой, как мы это теперь понимаем, «отыгрывание вовне» (включая прерывание лечения) не является чем-то необычным и даже выполняет важную функцию в развитии (подобную пробным действиям). Однако прекращение лечения следует оценивать в ином свете, чем такие формы «отыгрывания вовне», которые не угрожают терапевтической работе или не служат отрицанию.

В этом контексте вопрос остается открытым, может ли даже прекращение лечения в некоторых обстоятельствах оказаться такого рода «отыгрыванием вовне», которое представляет собой реалистическую форму действия для *пациента* (а не является только результатом актуализации бессознательного конфликта). Дора посетила Фрейда еще раз через год из-за «лицевой невралгии», но она не изменила своего решения окончить лечение. Однако она окончила свое лечение официально — она «пришла ко мне опять: чтобы закончить свою историю» (1905e, p. 120) — и сказала Фрейду достаточно, чтобы дать ему и нам возможность прийти к некоторым выводам. Решение Доры не продолжать лечение, но прояснить, что она считала действительной проблемой, казалось, было для нее важно.

Действие становится *нежелательным* «отыгрыванием вовне» главным образом в результате его *последствий*, независимо от того, подразумевались ли они (бессознательно) или нет. Последствия являлись также и причиной обычной рекомендации, что анализируемому не следует принимать жизненно важных решений в течение анализа (Freud, 1914g). Эта рекомендация о том, что важные решения следует отложить, может быть в действительности разумной при коротком анализе (длящемся несколько месяцев), особенно если рекомендация носит всего лишь форму просьбы, чтобы пациент вновь обдумал свое положение.

Сегодня такое вмешательство выглядит подозрительно. По крайней мере необходимо, чтобы последствия таких прямых или косвенных предложений тщательно прослеживались. Правила, установленные для противодействия «отыгрыванию вовне», могут возыметь как раз противоположный эффект и привести к бессознательно контролируемым подменам (substitute) вне или внутри аналитической ситуации, которые, возможно, будет трудно проследить. Таким образом, аналитическая активность неизбежно еще больше будет отдалена от предполагаемого трансферентного конфликта, и независимые провоцирующие факторы, являющиеся результатом текущей фазы психоаналитических отношений (как, например, разочарование Доры во Фрейде), приобретают большую силу.

В результате своей теоретической установки Фрейд вынужден был предположить, что «отыгрывание вовне» так тесно связано с повторением, что он, соответственно, игнорировал свое самокритичное наблюдение по поводу действительных причин ее разочарования и «отыгрывания вовне» в их отношениях.

Сегодня мы в большей степени сознаем такой ход событий, так как знаем, что теоретическая точка зрения (о том, что эмоциональные и моторные действия предшествуют припоминанию) противоречит технической модели лечения (припоминание имеет приоритет). К тому же увеличение длительности анализа может способствовать регрессиям, связанным с преобладанием до- и невербальных моделей коммуникации и действия. В истории психоаналитической техники эти противоречия нашли свое выражение в дискуссии о терапевтических функциях переживаний, идущей со времен появления книги Ференци и Ранка (Ferenczi, Rank, 1924), нашедшей отражение в понятии «нового начала» Балинта (1952 [1934]) и современных разработках (см.: Thomä, 1983a, 1984).

Упор, который делался на повторении в переносе и на его разрешении в интерпретации, привел к недооценке новаторской, творческой стороны «отыгрывания вовне» (особенно в психоаналитической ситуации). Балинт описывает эти важные компоненты в контексте нового начала. Исторически он санкционировал этим один из случаев «отыгрывания вовне» (хотя и под другим названием).

Возможно, что именно вследствие пренебрежения к возникновению нового пациенты невольно побуждаются к слепой форме «отыгрывания вовне» вне анализа. Несомненно, описание Фрейда является точным:

> Мы считаем весьма нежелательным, если пациент *действует* вне переноса вместо припоминания. Идеальным поведением для наших целей было бы, если б он вел себя вне лечения так нормально, как это только возможно, и проявлял свои ненормальные реакции только в переносе (1940a, p. 177).

Но если «отыгрывание вовне» в психоаналитической ситуации, и в переносе в особенности, предшествует припоминанию и принадлежит генетически более старым пластам, то припоминание может иметь место только в качестве второго шага. Если брать его в качестве первого шага в анализе, результатом будет отсутствие аффективной глубины. Следствием этого станут в основном рациональные реконструкции в анализе и «отыгрывание» эмоций вне аналитической ситуации.

Зелигс (Zeligs, 1957) понимает «отыгрывание внутри» (acting in) — то есть «отыгрывание вовне» в психоаналитическую ситуацию (acting out in) — как относящееся ко всем невербальным

коммуникациям. Если ограничиться, например, средствами понимания, интерпретации и подходящей техникой и отношением, оно может быть легче включено в интерпретацию, чем «отыгрывание» вне анализа, и может затем привести к инсайту и изменению. В этом смысле «отыгрывание вовне» близко к изменению, которое Балинт описывал как новое начало. Подобно тому как негативная оценка «отыгрывания вовне» была соотнесена с теоретическим пониманием повторения, которое, как предполагалось, должно было быть преодолено средствами припоминания и инсайта, теперь ясно, что «отыгрывание вовне» неизбежно, даже желательно, в терапии в форме «отыгрывания внутри» (acting in). Во время лечения происходит гораздо больше, чем просто обмен словами: невербальная коммуникация не останавливается, несмотря на ограничения, наложенные правилами на действия. Так что у аналитика нет выбора, кроме как «признать «отыгрывание вовне» в качестве средства коммуникации» (Balint, 1968, p. 178). Уникальные преимущества интерпретативного метода психоанализа не подвергаются опасности, так как диалог строится таким образом, что позволяет аналитику выразить свое понимание «отыгрывания вовне». А какой существует простор для вариаций, видно из того, что Эйсслер (Eissler, 1950) считал необходимым принять любые модификации, отвечающие цели структурных изменений.

Любой способ построения аналитической ситуации и вербального диалога, жесткий или гибкий, нужно исследовать с точки зрения его последствий. Депривация достигает особой интенсивности при чистой неоклассической зеркальной технике, и в соответствии с теорией при этом извлекаются на свет особенно плодотворные воспоминания. Однако часто происходит как раз обратное; при этом достигает тревожащей степени антитерапевтическое «отыгрывание вовне». Исключение психомоторной и чувственной коммуникаций и концентрация на вербальном обмене с партнером, которого не видишь и который скрывает свою индивидуальность, противоречат человеческой природе. Представления о себе опираются на обратную связь, которая является позитивной или негативной и эмоционально модулированной, и они обычно основаны на всех чувствах и подсознательных восприятиях. Нельзя отрицать, что переоценка припоминания и связанное с этим пренебрежение ощущениями телесного Эго, которые могут проявляться даже на кушетке как зачатки, например, желания двигаться, способствуют злокачественному «отыгрыванию вовне». В таком «отыгрывании» внутри аналитической ситуации или вне ее пациент стремится всеми доступными ему средствами к признанию своих телесных самоощущений (self-feelings), которые не были признаны или названы. Эти самоощущения, между прочим, начинают проявляться в

виде соматических симптомов (Freud, 1895d) и тесно связаны с припоминанием. Классификация на припоминание и «отыгрывание вовне» теоретически разъединила первоначальную связь. Поскольку «отыгрывание вовне» относится к телесным переживаниям, логично использовать этот термин для описания невербального или неотрефлексированного поведения.

Однако негативные стороны «отыгрывания вовне» слишком велики, чтобы их можно было преодолеть, просто добавив корректирующее прилагательное, а именно доброкачественное «отыгрывание вовне». Незлокачественное «отыгрывание вовне» с терапевтической точки зрения желательно. Однако весьма мало вероятно, что большинство аналитиков ответят утвердительно на вопрос, хотят ли они, чтобы имело место «отыгрывание вовне». Этот факт показывает, что закрепившиеся мнения относительно этого понятия нельзя изменить, всего лишь добавив некую приставку. Мы уже упоминали и обсуждали некоторые теоретические и технические причины этого негативного отношения, по существу, боязни многими аналитиками «отыгрывания вовне». Мы полагаем, что одной из наиболее важных причин такого отношения является то, что «отыгрывание вовне» — с его импульсивными, сложными, телесными и регрессивными чертами, которые часто вытекают из бессознательных, труднопрослеживаемых мотивов, — предъявляет значительные требования к аналитику как личности и к его профессионализму.

Поэтому для аналитика важно уметь реалистично оценить свою компетенцию и сохранить чувство уверенности в лечебной ситуации. Один из аспектов этого заключается в том, что аналитику нужно не упускать общего обзора происходящего в анализе, ограничивая для этого число переменных и возможностей для выражения. Таковы необходимые условия для лечения, на которые пациент имеет право.

Допускает ли аналитик «отыгрывание вовне», как он работает с ним в аналитической ситуации и как он приходит к новым решениям, в значительной степени зависит от способностей и гибкости, проявляемых аналитиком в данной аналитической ситуации, а не только от психогенезиса. Иными словами, это зависит от его умения быть восприимчивым к явлениям, происходящим в данной ситуации, — к формам поведения, мыслям, ощущениям, которые обычно труднее описать как происходящее в ситуации «здесь-и-теперь», чем как повторения из прошлого. Следуя принципу уделять внимание текущей динамике и актуальным чувствам и мыслям, можно лучше распознать прошлое и сделать таким образом настоящее «более настоящим», то есть более свободным от прошлого.

## 8.7 Проработка (working through)

Проработка играла важную роль в клинической работе Фрейда еще в период его «Исследований истерии». Основа терапевтической проработки лежит в сверхдетерминации (overdetermination) симптомов и узости сознания:

**Только одно-единственное воспоминание может одномоментно войти в сознание Эго. Пациент, который занят проработкой такого воспоминания, не видит ничего из того, что проталкивается за ним, и забывает то, что уже до этого пробило себе дорогу (Freud, 1895d, р. 191).**

Таким образом, даже в то время терапевтическая процедура понималась каузально: если патогенные воспоминания и аффекты, с ними связанные, достигали сознания и прорабатывались, то зависящие от них симптомы должны были полностью исчезнуть. Разнородность симптомов в ходе терапии и разнообразие путей их разрешения объяснились тем, что патогенные воспоминания прорабатывались и что на пути встретилось ассоциативное сопротивление. С вопросом не покончено, если вспомнилась еще одна какая-то деталь и «зажатый аффект» отреагирован (abreacted), или, говоря современным языком, если пациент достигает инсайта в бессознательную связь.

Благодаря изобилию случайных взаимосвязей *каждая патогенная мысль*, от которой пациент все еще не избавился, действует как мотив для *всех продуктов невроза*, и лишь с последним словом анализа исчезает вся клиническая картина... (Freud, 1895d, р. 299; курсив наш)

Патогенные мысли повторно вызывают новое сопротивление ассоциации; проработка сопротивления путем движения от одного слоя к другому, к патогенной сути, устраняет основу симптомов и в конечном итоге ведет к отреагированию. Таково было первоначальное описание Фрейдом терапевтического процесса. Проработка была тогда выделена в заглавие «Воспоминание, повторение, проработка» (1914d), хотя Фрейд рассматривал эту проблему техники только на одной странице. Эта проблема все еще не решена окончательно (Sedler, 1983).

Современные споры и рекомендации по их разрешению вращаются вокруг вопросов, которые станут более доступными, если мы посмотрим на более важные места в новаторских работах Фрейда. Было показано, что ошибочно полагать, будто, «если дать сопротивлению имя», «результатом будет его немедленное исчезновение». Фрейд продолжает:

Следует дать пациенту время, чтобы он получше узнал это сопротивление, с которым теперь познакомился, *проработал* его, преодолел его, продолжая вопреки ему аналитическую работу в соответствии с основным правилом анализа. Только когда сопротивление достигнет своей высшей

точки, аналитик может, работая вместе с пациентом, обнаружить вытесненные инстинктивные импульсы, которые это сопротивление питали, и именно переживание такого рода убеждает пациента в существовании и силе таких импульсов (1914d, p. 155).

Совместный труд ведет, таким образом, к сопротивлению «высшей точки», где проработка «есть часть работы, которая производит самые большие перемены в пациенте и которая отличает аналитическое лечение от любого другого рода лечения путем внушения» (1914d, pp. 155—156).

После открытия, что «дать сопротивлению имя» недостаточно и для достижения устойчивых изменений необходима тщательная проработка, многое из того, что обсуждали Фрейд и последующие аналитики, оставалось неясным. Имеется явное утверждение о причинности: как только сопротивление должным образом проработано, симптомы должны исчезнуть, как созревший плод падает с древа познания. Никакие новые симптомы не должны занять их место. Однако мы должны более точно знать, из чего состоит эта модифицирующая перемена, происходящая в результате проработки. Если каузально обоснованный терапевтический прогноз является точным, тогда последующие теоретические вопросы можно прояснить и проверить в терапии. На каком этапе находится совместная работа? Может быть, вклад аналитика в разрешение сопротивления слишком велик или слишком мал? Является ли проработка исключительно делом пациента? Каково отношение проработки к переживанию, к отреагированию и к инсайту? Где происходит проработка — только в терапевтической ситуации или также и вне ее? Внутри и вне — показывает ли эта антитеза, что проработка означает трансформацию инсайта и самопознания в практические действия и изменение поведения? Этот неполный список вопросов делает очевидным, что мы находимся лишь на пути к полному решению задач психоаналитической практики и ее терапевтической теории; это значит, что нужно пытаться объяснить неудачи, с тем чтобы улучшить практику.

История понятия проработки показывает, что прогресс теории и практики не всегда идет одновременно. С этим связаны попытки Фрейда объяснить *неудачи* проработки, то есть терапевтические неудачи. Мы вступаем на этот непрямой путь объяснения потому, что это сделает предлагаемые в наши дни решения более понятными. Хотя терапевтически эффективные проработки первоначально относились к повторению фиксаций из истории жизни пациента и к их рецидивам в переносе (Freud, 1914g), Фрейд десятью годами позже приписывал неудачу сопротивлению бессознательного (1926d, pp. 159—160). Мы уже обсуждали эту форму сопротивления и умозрительное объяснение Фрейдом навязчивых повторов в разделе 4.4. Мы объясни-

ли также, почему философские соображения Фрейда о навязчивых повторах так затрудняют именно понимание психологической глубины проработки, что убедительно показал Кремериус (Cremerius, 1978).

Консервативная природа инстинктов, вязкость (Freud, 1916/17), инерция (1918b) или вялость либидо (1940a) и тенденция возвращаться к более раннему состоянию — инстинкт смерти — оказываются помехой для терапии или даже препятствием для проработки в ее роли важного акта перемены. Таковы в действительности соображения о конституциональных факторах, которые могут иметь место в той или иной форме, не будучи доступны для рассмотрения психоаналитическим методом. Пределы зоны терапевтической проработки нужно обозначить на всем поле метода. Поэтому следует подчеркнуть, что под влиянием теории инстинкта смерти (которая, кстати, не принимается ни одним авторитетным биологом — см.: Angst, 1980) Фрейд не стал доводить до логического конца разъяснение психологических условий повторов и их проработки как внутри, так и вне аналитической ситуации. Что это означает? Для нас важно исследовать подходы к объяснению навязчивых повторов, которые содержатся в трудах Фрейда, и затем рассмотреть аналитическую ситуацию, чтобы определить, оптимально ли мобилизует ее стандартизированная форма (как идеал) способность к изменениям у среднего пациента.

Есть терапевтически плодотворные альтернативные объяснения навязчивых повторов, например повторного появления травмирующих событий в сновидениях. Фрейд считал их, как и травматические неврозы, попытками Эго восстановить психическое равновесие. Первоначально Фрейд предположил существование «инстинкта овладения» (mastery) (1905d, p. 193), который позднее пытался возродить Хендрик (Hendrick, 1942, 1943a, b). Примерами проявления такого инстинкта является приобретение новых навыков, настойчивое любопытство детей и желание двигаться. Фрейд поставил повторы в центр своей интерпретации детских игр; но упустил из виду приносящую удовольствие пробу новых действий и восприятий; это пренебрежение привело к некоторой односторонности в психоаналитической теории и практике. Знание условий, ведущих к фиксации, регрессии и к повторам, связанным с ними, — это только одна сторона монеты. Излюбленным предметом научных исследований Фрейда было то, как и почему люди бессознательно ищут и устанавливают перцептивные идентичности (perceptual identities), то есть придерживаются своих привычек и патологических тенденций вопреки тому, что они понимают это и хотят измениться. С другой стороны, встает вопрос о перемене. Удовольствие не только стремится стать вечным и повторяться. Мы жаждем узнавать и

понимать что-то новое, и, чем больше безопасность, которая сформировалась или формируется на базе межличностно подтвержденных идентичностей, тем дальше мы осмеливаемся продвинуться к неизвестному[1].

Поскольку продвижение в незнакомой области связано с тревогами и беспокойством, существенно, чтобы в терапевтической ситуации были созданы условия, благоприятные для изменения (контекст перемен) (в отличие от условий генезиса — контекста открытия). Некоторые теоретические разработки оказали одностороннее воздействие на психоаналитическую технику и ограничили ее диапазон. Проработка, например, часто игнорировалась, несмотря на первоначальные требования Фрейда и на ее интегрирующую функцию: «Лечение состоит из двух частей — из того, какие выводы делает врач и что он говорит пациенту, и из *работы* (*working-over*) пациента над тем, что он услышал» (Freud, 1910d, p. 141; курсив наш). Недостаточно выслушать и высказаться; действовать — вот что важно. Проработка происходит в точке пересечения между внутренним и внешним и обладает интегрирующей функцией. Каждая упущенная точка зрения может помешать пациенту интегрировать «порванные связи» (A. Freud, 1937).

Фрейд порой был вынужден объяснять неудачи сопротивлением Ид, однако мы можем сегодня вполне воспользоваться практическими преимуществами, которые дало дальнейшее теоретическое развитие его альтернативной идеи о повторах в игре в смысле овладения мастерством, как это описали Лёвингер (Loevinger, 1966), Уайт (White, 1959, 1963) и Клейн (Klein, 1976, pp. 259—260). Фрейд представил эту альтернативную идею следующим образом:

> Эго, которое пассивно переживало травму, теперь повторяет ее активно в ослабленном варианте, надеясь, что само сможет направить ее ход. Несомненно, что дети ведут себя подобным образом в отношении любого огорчившего их впечатления, воспроизводя его в играх. Таким образом, переходя от пассивности к активности, они пытаются психологически овладеть своими переживаниями (1926, p. 167).

---

[1]Оставим в стороне муки и радости одиноких первооткрывателей и изобретателей. Вероятно, можно сказать, что такие личности преуспевают во многом независимо от межличностной поддержки. Они получают аскетическое удовольствие в тот момент, когда оказывается, что ожидания, содержащиеся в их фантазиях, построениях и научных понятиях, совпадают с прежде неизвестной реальностью в окружающем мире или в человеческой природе. Этот аспект реальности нередко получает название по имени открывателя или изобретателя, которого тогда идентифицируют с тем, что он открыл.

В соответствии с комментариями Клейна по поводу этой альтернативной идеи у индивида все еще имеется бессознательное намерение активно преобразовать событие, пережитое пассивно и оставшееся чуждым переживающему Я. Такие события являются травматическими, причиняют беспокойство и ведут к вытеснению. Попытки самоизлечения не удаются из-за вытеснения, поскольку последствия бессознательных намерений не могут быть восприняты посредством обратной связи. Мы должны добавить, что интерпретативное содействие аналитика в проработке заключается в помощи пациенту научиться сознавать и контролировать бессознательные намерения, лежащие за его действиями и поведением. Для Клейна, вслед за Эриксоном, овладение этим является не особой независимой потребностью, стремящейся к удовлетворению, но переживанием себя, то есть Я переживает себя в качестве инициатора действия. Таким образом, схема Я дифференцируется в соответствии с процессами ассимиляции, аккомодации и другими процессами, описанными Пиаже.

В 1964 году комиссия по проработке Американской психоаналитической ассоциации (см.: Schmale, 1966) также ссылалась на теорию обучения, которую мы рассмотрим в разделе 8.8.

Именно широкое понимание теории и практики поднимает вопросы о природе взаимосвязи между анализом сопротивления и инсайтом. Фенихель (Fenichel, 1941) и Гринэкр (Greenacre, 1956) описали проработку как интенсивный и концентрированный анализ сопротивления. Как показывает следующий отрывок, Гринсон поместил инсайт и изменения в центр своего определения проработки.

> Мы не считаем аналитическую работу проработкой, прежде чем у пациента возникнет инсайт; таковой она становится только после этого. Цель проработки — сделать инсайт эффективным, то есть произвести значительные и прочные изменения у пациента. Превратив инсайт в первостепенную проблему, мы можем отличать сопротивления, которые препятствуют инсайту, и сопротивления, не дающие инсайту возможность привести к изменению. Аналитическая работа с первым видом сопротивлений есть собственно аналитическая работа; она не имеет специальной цели. Анализ тех сопротивлений, которые не позволяют инсайту вести к изменениям, — дело проработки. И аналитик и пациент — каждый вносит вклад в эту работу (Greenson, 1965, p. 282).

Концепция проработки решает некоторые из технических трудностей. Она дает возможность понять *эффективность* или ее отсутствие в цикличных процессах (инсайт — терапевтическая польза — изменение Эго — новый инсайт), описанных Крисом (Kris, 1956a, b), и в этом состоит ее ценность. Однако прогресс не всегда присутствует в этом цикле, инсайты далеко не регулярно преобразуются в изменения. По словам Фрейда, «можно себе представить, что, вероятно, возникнут трудности, если от инстинктивного процесса, который шел целые десятиле-

тия по определенному пути, ожидать внезапного перехода на новый путь, который для него только что открылся» (1926е, р. 224). Оставить старые пути и найти новые, то есть разлуку и прощание, — этот аспект проработки подсказывает сравнение с процессом оплакивания.

Фенихель (Fenichel, 1941), Льюин (Lewin, 1950), Крис (Kris, 1951, 1956а, b) указывали на сходства и различия между оплакиванием и проработкой. Мы думаем, что различия даже значительнее, чем полагал Стюарт (Stewart, 1963). Он привлекает наше внимание к тому факту, что оплакивание призвано примирить нас с потерей любимого объекта, в то время как цель проработки — изменение формы и целей предшествовавших способов удовлетворения и нахождение новых. При действительной потере само время также вносит вклад в заживляющий процесс, и диалог с умершим меняется в ходе сознательного и бессознательного процессов в период траура.

Невротические процессы носят другой характер. Они часто не прерываются всего лишь с помощью инсайта, поскольку идет поиск во внешнем мире все новых и новых подтверждений бессознательно укоренившимся диспозициям как результат внутренних психических условий. Таким образом, несмотря на инсайт пациента во время сеансов, симптомы могут повторно стабилизироваться (закрепляться) вне анализа в соответствии со старыми шаблонами. Мы хотели бы подчеркнуть, что согласны с Россом (Ross, 1973, р. 334) в том, что проработка происходит не только в аналитической ситуации.

Разделение, даже раскол, на инсайт и действие (на внутреннее и внешнее) произойдет еще легче, если аналитик ограничивается интерпретациями переноса или рассматривает проработку скорее как часть заключительной фазы. Уэлдер (Waelder, 1960, pp. 224ff.) подчеркивает, что траур и проработка обычно длятся 1—2 года. Однако если малейший шаг рассматривать как своего рода сепарацию и потерю, то пациент также будет откладывать проработку до последнего года анализа, когда оплакивание и сепарация выступают на первый план, вместо того чтобы рассматривать это как постоянно стоящую задачу. Примером проработки в заключительной фазе, который приводит Уэлдер (Waelder, 1960, р. 213), является самовнушение пациента. «Мне следует прекратить вести себя таким образом и примириться с самим собой». Перспективы для успешной проработки неблестящи, если в результате остается всего лишь пресловутое доброе намерение.

Цель проработки — сделать инсайт эффективным. Поэтому нас особенно интересуют те случаи, когда инсайт идет не дальше добрых намерений, то есть где пациент не сумел примириться с собой. Почему инсайт, полученный во время анализа сопро-

тивления, не ведет к изменениям, которых хочет пациент и к которым он стремится? Существует много ответов на этот вопрос; в большинстве случаев утверждается, что просто инсайт был недостаточно глубоким или что ему не хватало убедительности, так как он появился не в результате интерпретаций при интенсивных трансферентных отношениях.

Балинт (Balint, 1968, pp. 8, 13), например, предполагает, что проработка связана с интерпретациями переноса и возможна только у тех пациентов, до которых доходят слова. Однако не каждый охотно признает разрыв между словесным обменом и невербальными отношениями как непреложный факт. В самом деле, сам Балинт призывал нас к преодолению этого разрыва. Поэтому важно тщательно анализировать интерпретации сопротивления с точки зрения подспудных негативных последствий. Они, по-видимому, коренятся в неразрешимых противоречиях между тем, как аналитик очерчивает образ бессознательных желаний и возможностей пациента, и попытками сохранить нейтралитет и уважение к свободе пациента в принятии решений, давая свои интерпретации в открытой манере. Такая форма аналитического поведения способствует раскрепощению пациента и тем самым, косвенным путем, реактивной стабилизации привычек.

С другой стороны, неравновесие между пациентом и аналитиком сдвигается еще больше в пользу последнего, если прежде всего делаются генетические интерпретации. Тогда пациент воспринимает аналитика, как показал Балинт, знающим все о прошлом и о происхождении сопротивления. Аналитик полагает, что все, что ему следует делать (фактически он может не делать ничего другого), — это интерпретировать сопротивление в контексте бессознательных инстинктивных импульсов и воспоминаний. Поступая так, он следует предположению Фрейда, что синтез, то есть создание нового ряда психических элементов, происходит сам собой во время анализа (Freud, 1919, p. 161).

Справедливо, что интерпретации могут косвенно содействовать этому синтезу, потому что новые очертания, которые становятся возможными, определяются, кроме всего прочего, и целенаправленными мыслями, которые аналитик имеет и не может не иметь. Однако создается атмосфера, которая не облегчает для пациента преодоления *ужаса пустоты*, который может сопутствовать началу чего-то нового, и перевода его инсайта в реальный опыт. Встает, таким образом, неизбежный вопрос, сколько хороших инсайтов и пробных действий необходимо, чтобы достичь модификации симптомов и поведения в реальной жизни. Пациент и аналитик могут чувствовать себя так удобно в регрессии, что они откладывают настоящую проверку реальностью. Всегда имеются более или менее благовидные причины для этого, например то, что пациент не верит, что уже способен

изменить формы поведения, мучающие его самого и окружающих, а аналитик продолжает искать в прошлом более глубокие причины этой неспособности.

В конце концов, именно процесс проработки больше, чем что-либо другое, имеет отношение к тому, что пациент доводит психические акты до их завершения, испытывая при этом позитивные переживания. Такие переживания в анализе слишком уж понятны и поэтому обсуждаются меньше, чем негативные. Подобный дисбаланс может увеличиться как раз в те моменты проработки, когда идут поиски хорошей стартовой точки для пробных действий, то есть подтверждения и признания. Хрупкая уверенность в себе, только что возникшая в результате инсайта и переживания, при этом вновь теряется. Проработка, обычно ведущая к росту уверенности в себе, облегчая пациенту задачу решения последующих проблем во время «регрессии на службе Эго» (Kris, 1936, p. 290), может не оказать никакого терапевтического эффекта и даже привести к злокачественной регрессии. Структура психоаналитической ситуации может оказаться существенным фактором, ведущим к таким последствиям, и Кремериус (Cremerius, 1978, p. 210) рекомендовал в таких случаях изменить окружающую обстановку. Все еще должен быть прояснен вклад аналитика в генезис злокачественной регрессии. Обычно бывает еще не поздно начать все сначала, изменив технику или окружение. Критика в отношении того, что аналитик манипулирует пациентом, не соответствует действительности, если он откровенен с пациентом и если изменение обстановки обосновано и подано интерпретативно.

Проработка имеет качественные и количественные аспекты, которые можно также наблюдать в процессах обучения, особенно при переучивании. Многие пациенты спрашивают себя и аналитиков, сколь часто они будут вынуждены терпеть некоторые ситуации, прежде чем обретут способность справляться с ними иным, и лучшим, путем. Например, сколько раз пациент должен иметь позитивное переживание, встречаясь с кем-то обладающим авторитетом, чтобы преодолеть свою социальную тревогу и более фундаментальную кастрационную тревогу? Таким образом, проработка происходит как *внутри*, так и *вне* аналитической ситуации. Мы обсудим точки зрения на теорию научения в разделе 8.8.

Мы полагаем, что проблемы, возникшие в связи с проработкой, не получили достаточного внимания в психоанализе в последние десятилетия, потому что она происходит также и вне аналитической ситуации и потому что для понимания переобучения должна учитываться теория научения. Наш опыт подводит нас к тому, чтобы считать гринсоновское определение проработки — как анализа сопротивлений, мешающих трансформации

инсайта в изменения, — слишком узким и односторонним. Даже в проработке сопротивлений, которые очевидны в анализах *непреуспевших* пациентов, главным является вопрос о том, как добиться успеха в аналитической ситуации и вне ее.

Как может аналитик поддержать робкое стремление пациента к успеху, его пробные действия и добиться того, чтобы вслед за ободрением в анализе пациент продолжал свои усилия в этом направлении и вне его? Пациентам в большей степени, чем здоровым индивидам, свойственны желание и потребность в заверениях и других межличностных переживаниях, которые укрепляют Эго. При стандартной технике пациент получает незначительную поддержку, которая полностью сводится на нет, если это вообще возможно. Кажется, пациент может признать только те аспекты интерпретаций аналитика, которые он бессознательно ищет или которые относятся к внутренним силам, удерживающим его от достижения цели.

Многие интерпретации представляют собой косвенное одобрение. Однако если аналитик полагает, что он может не оказывать никакой поддержки пациенту, то он тем самым ставит его в затруднительное и даже опасное положение. Сам того не зная, аналитик создает, согласно Бэйтсону и др. (Bateson et al., 1963), двойное связывание, поставляя противоречивую информацию. С одной стороны, интерпретация бессознательных желаний открывает новые возможности и пациент соглашается со своим терапевтом. Если, с другой стороны, аналитик ограничивает свое одобрение потому, что он опасается влиять на пациента, то безопасность, которую пациент ощутил, может быть вновь потеряна. Неопределенные, противоречивые интерпретации запутывают пациента и препятствуют проработке трансферентных отношений. Проработка не является исключением: точки зрения на нее, подобно точке зрения на трансферентные неврозы, различаются в разных школах; и вклад аналитика в нее, как и в специфические ситуации переноса, велик даже в случаях очень типичных болезней. Высока заслуга Кохута (Kohut, 1971, pp. 86ff., 168ff.) в том, что он указал на значительную роль, которую играет подтверждение в формировании и проработке переноса. Как показали Валлерстейн (Wallerstein, 1983) и Треурнит (Treurniet, 1983), технические предложения Кохута не связаны с его взглядами на нарциссизм и с его психологией Я. Все пациенты имеют нарциссические личные свойства, так как их ощущение Я зависит от подкрепления, но то же самое справедливо и для любого индивида. Неопределенности, неизбежные при всякой проработке, имеющей целью достичь переструктурирования, пациенту легче перенести, если его любопытство по поводу собственных бессознательных желаний и целей усилено поддерживающими отношениями.

## 8.8 Научение и переструктурирование

Ограниченная ценность объяснений на основе модели научения Павлова стала ясна в 1930-е годы, когда эта модель была наиболее распространена, вскоре после первых попыток использовать результаты экспериментальных исследований в психологии научения, с тем чтобы улучшить наше понимание сложного процесса человеческого научения. Более поздние когнитивные модели научения, принимавшие во внимание, например, концептуальные модификации и внутренне когнитивное переструктурирование, более полезны и вдохновляющи для понимания того, что происходит в психотерапии. Использование соответствующих моделей научения кажется полезным особенно там, где психоаналитическая мысль противоречива и неполна, как в случае с проработкой. В этом отношении мы хотели бы обратиться к Френчу, который еще в 1936 году выразил надежду, что,

> все время помня о процессе научения, лежащем в основе аналитической терапии, мы могли бы как-то улучшить наш угол зрения и ощущение соразмерности относительно значения и сравнительной важности большого числа бессознательных импульсов и воспоминаний, которые пробиваются к поверхности в психоаналитическом лечении (French, 1936, р. 149).

В этом разделе нам бы хотелось сосредоточить внимание на некоторых факторах, поддерживающих симптоматику, и на тех из них, которые ведут к терапевтическим изменениям. Первые играют особую роль в психоаналитическом лечении, особенно когда мы стремимся к их нейтрализации терапевтическими изменениями и переобучением, которое очень близко к проработке. В данном контексте мы не будем заниматься теми процессами и факторами, которые привели к возникновению симптомов и неврозов; поступая так, мы полностью сознаем, что вводим в некотором роде искусственное разделение между генезисом и поддержанием симптомов. В последующем мы коснемся того, как научиться выяснять, изменилась ли вероятность проявления некоего поведения (действия, мысли, идеи, аффекта) в схожих обстоятельствах.

> Если кто-то неоднократно что-то делает или не делает в некоторой ситуации, хотя до этого не поступал подобным образом в похожих обстоятельствах, или если его действия стали более быстрыми и уверенными, чем раньше, тогда мы говорим о процессе научения. Это не так, если у нас есть основания предполагать, что измененное поведение является следствием других факторов (например, интоксикации, повреждения мозга или просто нормального процесса созревания) (Foppa, 1968, р. 13).

Как хорошо известно, существует три различные парадигмы научения.

1. Классическая обусловленность (сигнальное научение, научение в ответ на стимул), которая особенно связана с именами Павлова и (в психиатрии) Айзенка и Вольпе.
2. Оперантная, или инструментальная, обусловленность (научение успехом), которая связана с работой Торндайка и Скиннера.
3. Социальное научение (научение с помощью моделей или идентификации), как это описал Бандура.

В лабораторных условиях есть возможность делать различия между этими парадигмами научения и таким образом изучать их в отдельности, изменяя условия. Однако в реальной жизни, для которой характерны гораздо большее разнообразие и сложность внутренних и внешних условий, процессы научения, как правило, определяются в соответствии с процессами, описанными всеми тремя парадигмами в разной степени.

Наиболее убедительной парадигмой научения с точки зрения описания хода психоаналитического лечения поначалу кажется научение с моделями, особенно с моделью аналитика. Это относится к тому, как пациент принимает функции Эго аналитика — тот способ, которым аналитик идентифицирует связи, общие аспекты и различия в интерпретациях, те стратегии, которые он применяет для достижения аффективных и когнитивных решений конфликтов, то, как он формулирует вопросы и как он справляется с аффектами и терапевтическими отношениями. Теория социального научения формулирует ряд условий, которые могут оказывать влияние на эффекты социального научения. Примером могут служить сходство между личностью-моделью (психоаналитик) и наблюдателем (пациент) с точки зрения личностных черт, таких, как социальный статус, возраст, пол, психологическая структура личности, и характер отношений между личностью-моделью и наблюдателем, например желает ли наблюдатель заслужить привязанность личности-модели, боится ли эту привязанность потерять или пытается избежать наказания со стороны личности-модели.

Такие условия взаимодействия могут в значительной степени определять то, как будет развертываться невроз переноса. Речь никоим образом не идет о простой имитации манеры поведения аналитика или его образа мышления, хотя это, безусловно, тоже может иметь место. Что более важно, в соответствии с данными теории социального научения, мы должны ожидать длительных и интернализованных эффектов научения (изменений), то есть тех, которые интегрируются в весь репертуар поведения и переживания наблюдателя. Это особенно верно, если свои функции аналитик выполняет в когнитивной манере, используя символы. Отсюда видно, что научение с использованием модели идет гораздо дальше имитации внешних форм по-

ведения, и эта парадигма научения сходна с процессами идентификации, концептуализированными в психоанализе. Эмпирические исследования, кроме того, показывают, что быстроту и прочность научения с моделью можно намного увеличить с помощью вербальных символов.

Две другие парадигмы научения в гораздо меньшей степени непосредственно относятся к происходящему в психоаналитической терапии. В начале 1930-х годов несколько психоаналитиков (например: French, 1933; Kubie, 1935) применили парадигму классической обусловленности к технике психоаналитического лечения и пытались использовать первую для обоснования последнего. Эти попытки были резко отвергнуты Шилдером (Schilder, 1935b); по его мнению, павловскую теорию научения нельзя применять к более сложным процессам человеческого научения, и она, таким образом, не подходит для объяснения психоаналитического мышления и действий. Вместо этого Шилдер попытался описать психоаналитически условные рефлексы, что оказалось столь же непродуктивным подходом (см. фундаментальное исследование Штрауса (Straus, 1935)).

Хайгль и Трибель (Heigl, Triebel, 1977) сделали обзор различных принципов научения, упомянутых здесь, с точки зрения их отношения к психоаналитической терапии. Они расширили свою обычную технологию психоаналитического лечения, включив те варианты «подтверждения даже малейших успехов научения, в трансферентных отношениях», которые заложены в теории научения, и уделяя особое внимание корректирующим эмоциональным переживаниям. Однако у нас имеются сомнения, способны ли такие глобальные концепции и строгие терапевтические инструкции, из них извлеченные, значительно расширить и углубить наше понимание процесса психоаналитической терапии и влияния аналитика на ее ход. Уочтел (Wachtel, 1977) дает основательный и полный обзор этого вопроса.

Хотелось бы направить ваше внимание на два особых понятия из теории научения, которые играют центральную роль во всех трех парадигмах научения и, как кажется, помогают также понять процессы научения в психоаналитической терапии. Эти понятия суть *обобщение* и *различение*.

В соответствии с принятыми теориями научения мы понимаем, что обобщение относится, кратко говоря, к тенденции реагировать генерализованно, сходным образом в похожих обстоятельствах, а умение различать — к тенденции в сходных обстоятельствах отмечать различия и реагировать соответственно, то есть дифференцированно. В рамках уже упомянутых базовых парадигм научения мы хотим теперь попытаться использовать эти два понятия, чтобы представить типичное описание феномена переноса.

В сильно упрощенной форме *перенос* в психоаналитической терапии можно характеризовать тем, что способ, которым пациент формирует и воспринимает отношения — по крайней мере что касается некоторых особо конфликтных сторон — со своим аналитиком (не говоря уже о многих других отношениях вне терапевтической ситуации), особенно ориентирован на паттерны его отношений со своими матерью и отцом, братьями и сестрами и другими значимыми личностями, которые он сформировал в раннем детстве (см. гл. 2). Внешние черты аналитической ситуации и поведение аналитика должны способствовать развитию переноса; очевидно, анализ переноса как существенный компонент психоаналитической терапии не может начаться, пока перенос не стал достаточно интенсивным и дифференцированным. Такие же или сходные черты в трансферентных отношениях и в специфических отношениях вне терапии в дальнейшем разъясняются и специально подчеркиваются аналитиком в ходе анализа переноса. Когда перенос полностью развернется, различия между терапевтическими отношениями, их генетическими предшественниками и отношениями вне терапии становятся особенно отчетливыми. Самыми разными способами аналитик дает пациенту (по крайней мере косвенно и, как ни странно, часто ненамеренно, однако неизбежно) возможность развить и испробовать альтернативные, и в частности гибкие, паттерны отношений в терапевтической ситуации. В конечном итоге пациент не может избежать применения вне терапии своей способности формировать отношения иным, и гибким, путем, которую он приобрел и даже опробовал в терапии, и приспосабливать ее к меняющимся обстоятельствам.

Это краткое описание указывает на сходство с ходом некоторых обучающих экспериментов. Новый научающий опыт вводится с помощью процессов обобщения; ищутся сходные моменты в различных конфигурациях стимулов. Если таким способом сформировался устойчивый паттерн ответов, экспериментатор может способствовать дискриминационным процессам различения, меняя условия эксперимента, особенно схему подкрепления; организм учится по-разному отвечать на различные конфигурации стимулов. Однако, прежде чем приобретенные таким путем паттерны ответов могут быть обобщены для применения в условиях за пределами непосредственной ситуации эксперимента, пациенту может понадобиться пройти через дальнейший опыт научения не в экспериментальных условиях. Таким образом, психоаналитический процесс и некоторые эксперименты по научению обнаруживают ряд сходных черт. Френч даже говорит об «экспериментальном характере переноса» и подчеркивает

важность проверки реальности в переносе. Сколь бы ни были поразительны проявления навязчивых повторов, перенос тем не менее не есть лишь

навязчивый повтор более ранних событий. Это, кроме того, и экспериментальная попытка скорректировать приобретенные в детстве паттерны (French, 1936, p. 191).

В рамках *базовых* парадигм научения на основе подобных аналогий невозможно достичь существенного прироста знания, кроме столь глобальных утверждений. Концепция доходчивости, основанная на базовой теории научения, оказывается слишком обременительной и недостаточно жизненной, чтобы постичь сложные аффективные и когнитивные процессы научения. Хотя понять такие весьма сложные процессы научения в рамках теории научения путем обобщения-различения можно, как это, в частности, подчеркивал Моурер (Mourer, 1980), но для этого должен быть введен ряд новых идей (например, понятие вторичного усилителя и рассмотрение реакции как дискриминационного стимула). В таком случае модель теории научения стала бы сложной и, кроме того, громоздкой и лишенной ясности. Таким образом, мы хотели бы закончить на этом обсуждение базовой модели научения и выбрать уровень вербального описания, достаточно высокий, чтобы иметь возможность рассмотреть когнитивные модели научения и те процессы переструктурирования, которые эти модели должны отражать.

Говоря о научении, люди думают об обучении, которое происходит в детстве, и о безуспешных порой усилиях учителей. Традиционное обучение можно обозначить термином «воспитание Супер-Эго», как подчеркивал Балинт (Balint, 1952); детей надо вырастить нравственными, порядочными людьми. Балинт противопоставляет этому «воспитание Я» в психоанализе и связывает это с общими соображениями о воспитательных аспектах психоанализа. Очевидно, что воспитательный элемент в психоанализе никогда полностью не отбрасывался и получил особое значение в детском анализе (A. Freud, 1927).

Если взглянуть на историю науки, можно провести черту, связывающую попытки применить воспитательные идеи в психоанализе и «генетическую эпистемологию» Пиаже. В экспериментальных клинических исследованиях Пиаже изучал различные стадии научения и развития в детстве. Его открытия недавно были подхвачены Тенцером (Tenzer, 1983, 1984), который соотнес их с некоторыми деталями проработки. Однако предпосылка для такой связи — то есть предположение, что процесс проработки разворачивается способом, аналогичным стадиям развития и научения в детстве, как их описал Пиаже, — сомнительна. Большее значение для понимания проработки, как нам кажется, имеет концепция «когнитивной схемы» Пиаже, основанная на развивающихся процессах аккомодации и ассимиляции. Мы бы хотели теперь обратиться к этим трем концепциям.

Когнитивную схему следует понимать в смысле экрана, который структурирует перцептивные и интеллектуальные переживания и собственная структура и сложность которого связаны со стадиями развития, описанными Пиаже. Термин «ассимиляция» используется, когда новый опыт включается в существующую когнитивную схему и увеличивает общий объем опыта, структурированного схемой. Если новый опыт не может быть включен в существующую когнитивную схему, то последует модификация схемы (или, напротив, игнорирование или отрицание этого чуждого нового опыта). Процесс модификации называется аккомодацией. Нетрудно представить, как эти понятия могут быть с пользой применены к нашему пониманию изменения в психоаналитической терапии. Уочтел (Wachtel, 1980) убедительно показал, что такой подход с позиции ассимиляции — аккомодации может быть продуктивен для теоретического и клинического понимания явления переноса.

Мы хотим теперь предпринять сходную попытку и попробуем прояснить этот теоретический подход в отношении *проработки*. В этом контексте мы затронем расширение и развитие подхода Пиаже, сделанные Макрейнольдсом (McReynolds, 1978), ориентировавшимся на психоаналитическую технику Дж. Клейна (G. Klein, 1978, р. 244ff.).

Фаза *проработки* начинается после того, как пациент достиг инсайта в отношении взаимосвязей и процессов, отражающих динамику ранее бессознательных конфликтов. Цель состоит в использовании когнитивного и аффективного инсайтов для изменения поведения. Некоторые пациенты добиваются таких изменений в поведении без помощи аналитика, но обычно этого нельзя ожидать. Мы знаем из психологии научения, что различные области познания, автономные процессы и психомоторные способности могут развиваться во многом независимо друг от друга (см.: Birbaumer, 1973). Чтобы интегрировать эндопсихические процессы с помощью обратной связи, требуются особые процессы обобщения.

В психоаналитической терапии это происходит во время проработки. Более глубокий анализ бессознательных прошлых детерминантов происхождения нарушения уступает место интеграции или реинтеграции психоаналитических деталей. Особого упоминания в этом контексте заслуживает описание Александером (Alexander, 1935) интегрирующей функции интерпретации на основе интегрирующей и синтезирующей Эго (Nunberg, 1931). Достижение этой интеграции есть задача пациента; он может рассчитывать на поддержку аналитика, хотя порой именно она становится помехой.

Регулярные клинические наблюдения показывают, что раскрытие бессознательного материала, имеющего отношение к

конфликтам пациента, может привести к существенной дестабилизации, беспокойству и тревоге. Такую дезориентацию можно тоже объяснить в концептуальных рамках процессов генерализации и дискриминации, описанных выше, и она была убедительно описана и интерпретирована Макрейнольдсом (McReynolds, 1976) с точки зрения когнитивной психологии. Макрейнольдс формулировал свою теорию ассимиляции со ссылкой на Пиаже, делая различие между конгруэнтными и неконгруэнтными идеями и восприятиями. Когнитивная конгруэнтность — это бесконфликтная ассимиляция (интеграция) новых восприятий в существующую структуру, в то время как неконгруэнтность означает преходящую или постоянную неспособность ассимилировать новые понятия в существующую структуру. Возможно, что прежде конгруэнтные, ассимилированные идеи или понятия деассимилируются в результате изменений в когнитивной структуре. Отношения неассимилированных идей и понятий к ассимилированным определяются как ассимиляционная задолженность; эта задолженность считается основным детерминантом тревоги. Сформулированы правила для трех элементарных операций функционирования когнитивно-аффективной системы.

1. Делается попытка разрешить когнитивную неконгруэнтность.
2. Задолженность в когнитивной ассимиляции должна быть минимальной.
3. Когнитивные нововведения (например, любопытство, внушение, поиск стимуляции) должны удерживаться на оптимальном уровне.

Эти операциональные правила сформулированы с точки зрения биологической адаптации. Поэтому особенно внезапное и резкое увеличение ассимиляционной задолженности и, следовательно, тревоги происходит, когда когнитивные перемены на высшем уровне ведут к деассимиляции ранее конгруэнтных, интегрированных идей и, соответственно, многочисленных точек соприкосновения этих идей друг с другом.

С точки зрения проработки в психоаналитической терапии теория ассимиляции объясняет то, что «поразительные» интерпретации могут создать внезапную деассимиляцию, сопровождающуюся беспокойством и тревогой. В таком случае интерпретация разрывает иерархически более высокие, прежде конгруэнтные, идеи и тем самым способствует дезинтеграции подчиненных идей, которые до этого тоже были конгруэнтны. Этот последний эффект, однако, может быть достигнут и интегрирующими интерпретациями, например когда далекие и прежде не связанные идеи связываются, что ведет к внезапной деассимиляции подчиненных идей. Аналитик может помочь пациенту избавиться от ненужного беспокойства, если его интерпретации

хорошо подготовлены и тщательно дозированы, например временно ограничивая их иерархически низшими идеями. В попытке свести ассимиляционную задолженность к минимуму пациент иногда отказывается признать или принять вмешательство, которое, возможно, будет иметь деассимиляционный эффект; этот отказ клинически проявляется как сопротивление. Поощрение со стороны аналитика, признание и заверение, что он окажет поддержку в ассимилирующей интеграции, могут помочь пациенту предпринять рискованную попытку, несмотря на предчувствие беспокойства.

Необходимо проверить и испытать такое эндопсихическое когнитивное переструктурирование с точки зрения его способности справляться с реальностью жизни и удовлетворительным образом структурировать отношения вне терапии. Мы считаем, что это существенный аспект проработки. Различные формы переноса предлагают пациенту шанс, почти не рискуя, опробовать разные паттерны отношений. При поддержке аналитика пациент затем перенесет эту укрепившуюся деятельность на отношения вне терапии (генерализация); затем он, естественно, осознает различие между переносом и рабочими отношениями в терапии и более разнообразными видами отношений вне терапии (дискриминация). Позитивные переживания могут укрепить и тем самым стабилизировать модифицированную схему и новый паттерн поведения.

Измененное социальное поведение пациента может, однако, привести к неожиданным переживаниям для партнеров, друзей, знакомых и коллег, так же как и к негативным переживаниям для самого пациента. Дальнейшее существование недавно приобретенной и все еще ненадежной когнитивной схемы тогда подвергается опасности, и пациенту угрожает рецидив. В этом случае пациент будет искать у аналитика большего подтверждения и поддержки, с тем чтобы продолжить свои неуверенные попытки новых пробных действий. Неспособность аналитика отреагировать соответствующим образом также может иметь негативные последствия для пациента и его усилий испробовать новые паттерны поведения. При этом вновь обретенная хрупкая уверенность в себе может быть утрачена. Излишняя сдержанность со стороны аналитика может фрустрировать потребность пациента в безопасности, может даже привести к злокачественной агрессии, регрессии или депрессии.

Измерения в когнитивной схеме, то есть когнитивное переструктурирование, нельзя наблюдать непосредственно, но о них можно судить по стабильным переменам в наблюдаемом поведении (см.: Strupp, 1978). По этой причине предположения аналитика о структурных изменениях, достигнутых пациентом, должны быть в принципе эмпирически проверяемы с точки зрения

специфических форм наблюдаемого поведения, включая, конечно, вербальное поведение. Более того, такая эмпирическая верификация должна действительно проводиться. Это означает, что должна существовать возможность делать проверяемые предсказания о будущем поведении пациента, включая предсказания о том, как он будет реагировать в особых конфликтах (например, стратегия решения конфликта, механизмы совладания с конфликтами и защиты, развитие симптоматики и структурирование отношений), исходя из предположений о структурных изменениях. Иначе все споры о структурных изменениях лишены смысла (Sargent et al., 1983).

Таким образом, нередко можно заполнить пробелы в психоаналитическом понимании клинических явлений, ссылаясь на понятия, разработанные другими дисциплинами. Более того, психоаналитику нужны хорошие знания близких дисциплин, с тем чтобы иметь возможность использовать их понятия и, соответственно, достичь более широкого понимания своих собственных теоретических понятий и клинических действий.

## 8.9 Завершение

### *8.9.1 Общие соображения*

Как бы продолжителен и труден ни был анализ, его заключительная фаза создает свои собственные проблемы для обоих участников. Нередко существует неконгруэнтность между концепциями пациента и аналитика относительно целей лечения (E. Ticho, 1971). Сумеет ли аналитик убедить пациента, что аналитическая работа должна быть ограничена целями, доступными терапии, и что ограниченный сроком анализ следует отличать от бесконечного, имеет большое практическое значение. В конце психоаналитического лечения пациент должен развить способность к самоанализу. Это означает, что пациент научается применять особые формы рефлексии, которые характеризуют психоаналитический диалог. И с этим связаны ожидания, что способность к самоанализу будет работать против склонности к регрессии, которая все же может возникнуть после анализа при встрече с новыми проблемами, и что таким образом возобновление и развитие симптомов будут остановлены. Этой точке зрения очень часто противостоит «миф о совершенстве», то есть об окончательном анализе, который формирует отношение некоторых аналитиков к заключительной фазе под воздействием их собственных преувеличенных идеалов (Gaskill, 1980). Нетрудно понять, что состоятельные пациенты хватаются за любое

предложение, сделанное такими аналитиками, чтобы продолжить анализ.

Можно вообразить, какие бессознательные фантазии связаны с завершением, если мы рассмотрим метафоры, используемые в литературе, чтобы описать финальную фазу. Сравнение Вайгерта (Weigert, 1952) конечной фазы со сложным маневром разгрузки, в котором все либидозные и агрессивные силы приходят в действие, ясно показывает, что можно ожидать драматических сцен. Действительно, есть опасность разочароваться, если весь ход лечения характеризовался стремлением к нарциссическому совершенству, полному разрешению переноса и подобными мифами. Эта мифология завершенности будет иметь отрицательные последствия, если аналитик, сравнивая себя и пациента с идеальными типами, разочарован в своей работе с пациентом в конце лечения, в то время как пациент, напротив, выражает свою признательность. Это требование совершенства отрицает конечную и ограниченную природу человеческих действий и мешает аналитику гордиться своей работой и чувствовать от нее удовлетворение. Кроме того, пациент не может сепарироваться, потому что сознательно или бессознательно чувствует разочарование аналитика. Он будет предпринимать затяжные усилия, чтобы убедить аналитика в успехе лечения, или идентифицируется с разочарованием аналитика. В литературе иногда встречаются отчеты о терапии, описывающие нечто прямо противоположное этой взаимной неудовлетворенности. Чаще, однако, отчеты о лечении скрадывают неизбежное несовершенство психоаналитической практики, знакомое каждому из нас, и описывают завершение лечения тем способом, который подтверждает теорию.

На основе заключительных отчетов 48 кандидатов, находившихся на обучении, Гилман (Gilman, 1982) использует набор вопросов, чтобы исследовать, как они провели заключительную фазу. Все будущие аналитики доложили о разрешении симптомов и о полной проработке невротических конфликтов, хотя в других отношениях наблюдалось большое количество вариаций. Кроме того, завершение якобы никогда не было вызвано внешними причинами, такими, как изменение в жизни пациента или финансовые трудности, но всегда осуществлялось по взаимному соглашению. Такие заключительные отчеты имеют специальную функцию — показать, что аналитик достоин принятия в одну из профессиональных ассоциаций, что, по нашему мнению, делает конформистские описания заключительной фазы весьма понятными. В исследовании Эрлом (Earle, 1979) кандидатов, проходящих обучение, критерию взаимного согласия на окончание удовлетворяли только 25 процентов — результат, который лишь

слегка ниже процента, полученного у квалифицированных аналитиков.

На этом мы хотели бы закончить обсуждение противопоставления «достижение совершенства — преждевременное завершение» и отправиться на поиски многочисленных причин, которые все же могут оправдать окончание психоаналитического лечения. Анализ должен быть окончен, когда совместная аналитическая работа не приносит больше значительных новых инсайтов. Отсюда ясно, что завершение лечения есть диадический процесс, который в принципе является неполным, если полагать, что у двух человек всегда будет что сказать друг другу. Пренебрегая внешними условиями, можно предположить, что пациент останавливается, когда терапевтический обмен теряет свою важность и тяготы, связанные с лечением, больше не уравновешиваются новыми познаниями. На этом даже бессрочный анализ будет окончен.

Мы должны, кроме того, отказаться от мысли, что правильные медицинские показания являются гарантией удовлетворительной заключительной фазы и хорошим завершением, как предполагал Гловер (Glover, 1955). Аналитический процесс определяется слишком многими не поддающимися учету моментами, и его конец непредсказуем на основе диагноза (показания и прогноз) пациента (см. гл. 6). Подход на основе такой концепции предсказуемости тесно связан с техникой базовой модели, неправильные основополагающие предположения которой были источником пустопорожних дискуссий о многочисленных подробностях. Успешное и удовлетворительное завершение всегда имеет место и при частых и при нечастых сеансах, если развились хорошие рабочие отношения, создающие предпосылки для продуктивного структурирования регрессивных процессов (Hoffmann, 1983).

### *8.9.2 Продолжительность и ограничение*

Никогда психоаналитическая процедура не имела возможности создавать иллюзию быстрого, чудодейственного исцеления. Еще в 1895 году Брейер и Фрейд писали, что она является трудной и занимает много времени у врача. Однако, поскольку психоаналитический метод первоначально применялся «только к очень тяжелым случаям» — к пациентам, которые пришли к Фрейду «после нескольких лет болезни, совершенно неспособные к нормальной жизни», — Фрейд выражал надежду, что «в случаях менее тяжелых болезней продолжительность лечения вполне может быть сокращена и могут быть достигнуты весьма существенные успехи в направлении будущего предупреждения» (1904a, p. 254). Однако Фрейд выражал также легкий

скептицизм по поводу наложения соответствующих ограничений на терапию. Хотя специальных оправданий не требовалось, Фрейд тем не менее писал, что «опыт научил нас тому, что психоаналитическая терапия — освобождение кого-то от его невротических симптомов, подавленности и ненормальностей характера — дело, требующее значительного времени» (1937c, p. 216).

Фрейд использовал ограничения времени лечения в качестве технической меры в случае с Человеком-Волком как ответ на застой в процессе лечения. «Я решил, но только тогда, когда надежные признаки заставили меня убедиться, что нужный момент настал, что лечение следует прекратить в определенный назначенный день, независимо от того, насколько оно продвинулось» (1918b, p. 11). Ференци и Ранк (Ferenczi, Rank, 1924) подхватили эту мысль. Оба они считали, что завершение лечения, «период отнятия от груди», — одна из самых важных фаз всего лечения. Однако еще в 1925 году Ференци пересмотрел эту точку зрения; в статье «Психоанализ сексуальных привычек» (Ferenczi, 1950[1925], p. 293ff.) он оценил существенно ниже эффективность фиксированной даты как средства приблизить окончание лечения и как «эффективного средства ускорения разлуки с аналитиком». И в своей работе «Проблема завершения анализа» (Ferenczi, 1955[1928a], p. 85) он утверждал, что «ни врач, ни пациент не могут положить ему конец, а... он умирает как бы от истощения». Затем Ференци продолжает:

> Иначе говоря, можно сказать, что пациент в конце концов убеждается, что он продолжает анализ только потому, что использует его как свежий, но все же воображаемый источник удовлетворения, который в реальности ничего ему не дает. Когда он медленно изживает свою печаль по поводу этого открытия, он неизбежно начинает искать другие, более реальные источники удовлетворения.

Эта точка зрения согласуется с теми двумя условиями, которые установил Фрейд для завершения лечения.

> Первое, пациент не должен больше страдать от своих симптомов и должен преодолеть свои тревоги и торможения; и второе, аналитик должен прийти к заключению, что так много вытесненного материала дошло до сознания, так много из того, что было неразборчивым, теперь объяснено и так много внутреннего сопротивления побеждено, что нет необходимости опасаться повторения связанных с этим патологических процессов (1937c, p. 219).

Согласно Фрейду, факторами, определяющими возможный результат психоаналитического лечения, являются травмы, органическая сила инстинктов и изменение Эго. К тому же травматическая этиология неврозов и является причиной столь высокого шанса на излечение. «Только когда случай преимуществен-

но травматический, анализ с успехом сделает то, на что он способен» (1937с, р. 220). Успешная интеграция инстинктов в Эго зависит от их силы (конституциональной или одномоментной). Однако Фрейд скептически относился к способности анализа навсегда и гармонично интегрировать инстинкты в Эго. При некоторых обстоятельствах это не так, потому что сила инстинктов может увеличиться случайно или в результате новых травм или невольных фрустраций.

Сегодня мы знаем, что Фрейд, вспоминая свой анализ Ференци, пришел к заключению, что в анализе нельзя воздействовать на дремлющий инстинктивный конфликт, и считал манипулятивную активизацию конфликтов аморальной.

Но даже если он [аналитик] не сумел заметить некоторые весьма слабые признаки его [негативного переноса] (что нельзя вовсе исключить, учитывая ограниченные перспективы анализа в те ранние годы), все же сомнительно, думал он, что хватит сил активизировать тему (или, как мы говорим, «комплекс»), всего лишь указав на нее, если она в тот момент неактивна у самого пациента (1937с, рр. 221—222).

Таким образом, хотя сила инстинктов и ее модификация непредсказуемы, Фрейд делал особый упор на анализ изменений Эго, под чем он подразумевал те изменения Эго, которые происходят в результате защиты и удаления от воображаемого нормального Эго. Предполагается, что анализ создает наиболее благоприятные условия для функционирования Эго. Таким образом, Фрейд принял идеи, которые А. Фрейд включила годом раньше в свою книгу «Эго и механизмы защиты» (1937). Райх указывал еще в 1933 году, что коренящееся в характере индивида сопротивление, рассматриваемое как приобретенный панцирь Я, часто стоит на пути прогресса в анализе. Перемены, происщедшие в психоаналитической теории после введения структурной теории и теории защитных механизмов, наряду с возросшим значением анализа сопротивления и анализа характера благодаря влиянию Райха, привели к увеличению продолжительности анализа.

Однако удлинение анализа объясняется многими причинами. Мнение, высказанное Гловером, в течение многих лет ответственным за исследования в Лондонском психоаналитическом институте, вызывает тревогу.

Когда принимается решение по поводу продолжительности, хорошо бы помнить, что прежние аналитики привыкли проводить анализ в период от шести до двенадцати месяцев, и его конечные результаты, насколько я мог выяснить, не сильно отличаются от тех, о которых заявляют в настоящее время аналитики, растягивающие свои анализы на четыре-пять лет (Glover, 1955, рр. 382—383).

Исследования Балинта (Balint, 1948, 1954) о влиянии аналитической подготовки и обучающего анализа на длительность

терапевтического анализа заслуживают специального упоминания благодаря их большой откровенности. Последующие разработки подтвердили результаты, полученные Балинтом. Увеличение продолжительности терапевтического анализа, по всей видимости, зависит повсюду в мире от длительности обучающего анализа. Балинт показал, что супертерапия восходит к требованию, выдвинутому Ференци в 1927 году.

Я часто утверждал раньше, что в принципе могу признать отсутствие различий между терапевтическим и обучающим анализом, и я хочу теперь сделать добавление, что нет необходимости в каждом случае, предпринятом с терапевтическими целями, доходить до той глубины, которую мы предполагаем, говоря о полном окончании анализа; сам аналитик, от которого зависит судьба стольких людей, должен знать и контролировать даже самые неясные слабости своего собственного характера, а это невозможно без полностью завершенного анализа (Ferenczi, 1955[1927], p. 84).

Балинт называл этот полностью завершенный анализ «супертерапией» и использовал слова Фрейда, чтобы описать его цель.

То, что мы спрашиваем, — это повлиял ли аналитик на пациента так глубоко, что уже нельзя ожидать никаких дальнейших перемен, если анализ будет продолжен. Это значит достичь способом анализа, если это вообще возможно, уровня абсолютной психической нормальности; более того, уровня, по поводу стабильности которого у нас бы не было никаких сомнений (1937c, pp. 219—220).

По мнению Балинта, вызывает тревогу, что формирование школ внутри психоаналитического движения и трудность профессии стали причиной увеличения продолжительности обучающих анализов. Продолжение подобных анализов даже после официального окончания обучения совпало с тем фактом, что такой добровольный анализ (как совершенно частное дело) имел высокий престиж. Балинт сообщал, что появились только первые робкие протесты в отношении корректности супертерапии. В них говорилось, что в супертерапии стоит вопрос не о терапии или даже о проведении обучающего анализа, а скорее о самопознании в чистом виде.

По Балинту, первый период в истории обучающего анализа связан с обучением, второй — с демонстрированием и третий — с анализом как таковым; он упоминал также о четвертом периоде, связанном с исследованиями. По нашему мнению, увлечение супертерапией ради нее самой не имеет ничего общего с тем, что понимается под исследованием. Что именно происходит в продленном обучающем анализе, никогда не было предметом научной разработки. То, что все психоаналитическое движение было захвачено идеей супертерапии, фактически процветало на ней, весьма поучительно. Обучающий и супервизируемый анализы были средствами, с помощью которых вокруг разных

форм супертерапии учреждались школы. Результат получился противоположным тому, что ожидал Ференци от совершенствования обучающего анализа, которое он называл вторым основным правилом психоанализа.

> С утверждением этого правила важность личного элемента, вводимого аналитиком, все больше и больше уменьшалась. Каждый, кто прошел полный анализ и таким образом получил полное знание и контроль над неизбежными слабостями и особенностями своего собственного характера, неизбежно придет к тем же самым объективным выводам при наблюдении и лечении того же самого психологического сырого материала и использует, соответственно, те же тактические и технические методы в обращении с ним. У меня сложилось определенное впечатление, что с введением второго основного правила различия в аналитической технике имеют тенденцию к исчезновению (Ferenczi, 1955[1928], p. 89).

Балинт комментировал это следующим образом:

> Трогательным и отрезвляющим переживанием является осознание того, что, хотя это идеализированное и утопическое описание дает довольно-таки верную картину одной из существующих ныне группировок в психоаналитическом движении, картина совершенно неверна, если отнести ее ко всему движению. Ференци правильно предвидел результаты *одной* «супертерапии», но он даже не подумал о возможности того, что реальное развитие приведет к существованию нескольких «супертерапий», соревнующихся друг с другом, доходя до возможного смешения языков (Balint, 1954, p. 161).

Это соревнование нужно судить на базе качественных критериев. Поскольку они, однако, не могут быть предметом исследования в случае личной супертерапии, люди прибегают к количественным данным: чем дольше длятся анализы, тем они лучше. Исход соревнования решает длительность супертерапии.

Идентификации, развивающиеся в ходе обучающего и супервизируемого анализов, заставляют аналитиков сравнивать терапевтические анализы (и их продолжительность) со своим собственным опытом. В результате продолжительность анализов пациентов увеличивается с удлинением обучающего анализа. Последнее, конечно, не единственная причина, но мы рассмотрим ее здесь, поскольку данный аспект необыкновенно сложного процесса обычно не обсуждается.

Обнаружение патологических условий, коренящихся в доэдиповом периоде, выдвигается как основная причина увеличения продолжительности терапевтических анализов. Использование теории объектных отношений в длительном анализе давало возможность успешного лечения нарциссических и пограничных личностных расстройств. Это косвенно привело к удлинению лечения и для невротиков, у которых все чаще диагностируются черты нарциссических личностей. Однако, как бы ни отличались друг от друга теории расстройств раннего происхождения, все

они касаются глубоких слоев, которых якобы можно достичь лишь с трудом и после продолжительной работы. Здесь сразу же выявляется противоречие, на которое впервые указал Рэнгелл (Rangell, 1966); он считал, что ранние, довербальные переживания невозможно оживить во время анализа. Следовательно, анализ более глубоких слоев психической жизни не мог привести туда, куда, как полагали теоретики объектных отношений в традициях Ференци и Кляйн и теоретики в традициях Я-психологии Кохута, они должны привести. «Так где же мы тогда находимся?» — таков вопрос, который можно задать представителям любой школы относительно постоянного увеличения длительности аналитического лечения.

Фрейд ясно описывал количественные и качественные отношения между длительностью терапии, с одной стороны, и хроническим характером и тяжестью заболевания — с другой.

Действительно, лечение весьма тяжелого невроза легко может растянуться на несколько лет; но в случае успеха подумайте, как долго бы длилась болезнь. Возможно, десятилетие на каждый год лечения: это значит, что болезнь (как мы часто видим в случаях отсутствия лечения) вообще никогда бы не прошла (1933a, p. 156).

Фрейд подвел итог в своем сжатом заявлении: «Анализ окончен, когда аналитик и пациент перестают встречаться на аналитическом сеансе», потому что пациент больше не страдает от своих симптомов и «нет необходимости бояться повторения связанных с ними патологических процессов» (1937c, p. 219).

Если мы серьезно воспримем эти обоснования, то тогда длительность анализа будет зависеть от решений, возлагающих на аналитика большую ответственность. Вместе со многими другими аналитиками мы призываем к большей откровенности в том, что касается решений о продолжительности и частоте сеансов. Мы рекомендуем ориентироваться на тяжесть симптоматики и цели терапии. Конечно, тяжесть заболевания и частоту лечебных сеансов нельзя просто соотнести количественно, в соответствии с прямой зависимостью, что лечение должно быть тем более интенсивным (и, значит, более частым), чем тяжелее болезнь. Решающими факторами, очевидно, являются качество посреднической деятельности аналитика и то, что пациент может принять и проработать. Особенно тяжелобольные стремятся получить большую поддержку и испытывают значительные трудности в регулировании своих потребностей сближения и дистанцирования. Вопросы о дозировке очень важны и делают необходимым рассмотрение ситуации с качественной стороны.

Особую тревогу поэтому вызывает то, что количественные аспекты (продолжительность и частота) играют такую важную роль в анализах, происходящих в рамках психоаналитического

обучения. Психоаналитические общества устанавливают минимальное число часов для такого супервизированного лечения. Таким образом, собственные интересы кандидата — достичь своей профессиональной цели — почти неизбежно отражаются на решении о том, какая продолжительность и частота лечения наиболее подходит для пациента. Например, Германская психоаналитическая ассоциация установила минимум в 300 часов для случаев обучения на период последнего освидетельствования; ожидается, что анализ будет продолжен и после. Это требование создает дополнительные сложности, потому что при ограничениях, наложенных германской системой страховой медицины на продолжительность психотерапии и психоанализа, финансирование психоаналитического лечения свыше 300 часов подвергается специальным критериям (см. разд. 6.6). При таких обстоятельствах любому аналитику, а не только кандидатам, проходящим обучение, трудно найти удовлетворительный ответ, основанный на качественной оценке.

### *8.9.3 Критерии завершения лечения*

Всегда существует опасность, что аналитик будет устанавливать свои критерии завершения лечения и свои цели в соответствии с личными и/или модными в данный момент идеями и теориями. Некоторые ограничивают формулировку своих целей уровнем метапсихологии, где они меньше могут подвергнуться критике, в то время как другие ориентируются на уровень клинической практики.

Вопросы, которые аналитик задает относительно целей лечения, определяют ответы, которые он получает. Вайс и Флеминг (Weiss, Fleming, 1980) спрашивают, в каком состоянии должна находиться личность пациента, когда он прекращает лечение. По их мнению, хорошо проведенный анализ характеризуется тем, что пациент более свободен от конфликта и более независим, чем раньше, и также более уверен в своих собственных способностях. Усиливается вторичный мыслительный процесс, и возрастает способность к критической оценке реальности и сублимации. Улучшаются объектные отношения. Пациент начинает лучше понимать различие между аналитиком как профессионалом и объектом переноса.

Беспокоит вопрос иного рода — имеется ли у пациента достаточно средств и навыков, чтобы самостоятельно продолжить аналитический процесс. Мы бы хотели вернуться к теме самоанализа, так как она очень важна. Как мы уже говорили относительно процессов идентификации пациента с аналитиком (см. разд. 8.4), мы рассматриваем идентификацию с аналитиком и его аналитической техникой как решающий шаг для будущего

прогресса анализа. Мы согласны с Хоффером (Hoffer, 1950), Г. Тихо (G. Ticho, 1967, 1971) и Э. Тихо (E. Ticho, 1971) в том, что приобретение способности самоанализа есть первейшая цель психоаналитического лечения. Однако, несмотря на это, до сих пор очень мало было написано конкретно о том, что в действительности происходит с пациентом, когда он пытается проводить самоанализ после окончания лечения. Проинтервьюировав своих коллег, Г. Тихо (G. Ticho, 1971) разработал схему, которая поможет дальнейшим исследованиям. Для Тихо самоанализ есть процесс, состоящий из различных ступеней, которые следует последовательно изучить.

1. Формируется способность принимать сигналы бессознательного конфликта; например, иррациональная или преувеличенная реакция воспринимается без немедленной сверхкомпенсации защитными механизмами, такими, как смещение и проекция.
2. Умение без слишком большой тревоги позволять мыслям идти своим ходом, свободно ассоциировать и создать сравнительно свободный доступ к Оно.
3. Способность дольше ждать понимания значения бессознательного конфликта, не разочаровываясь и не сдаваясь. Развитие этой способности является показателем того, насколько пациент был способен идентифицироваться с той частью аналитика, которая уверенно ждала в течение анализа, пока анализируемый будет готов к разрешению конфликта.
4. Идти вслед за инсайтом и достигать перемены в себе (и/или в окружении). Эта способность формируется, как только Эго стало достаточно сильным и если анализируемый был способен во время анализа действительно ощутить, что инсайт может в самом деле привести к модификации Эго (G. Ticho, 1971, p. 32).

Мы предполагаем, что анализируемый приобретает способность самоанализа в продолжительном, почти непредсказуемом процессе научения, в котором он идентифицируется с аналитическими функциями (см. разд. 8.4). Аналитик может планировать завершение лечения, когда он чувствует, что анализируемый приобрел способность к самоанализу. Как только эта цель достигнута, другие критерии завершения становятся относительными. Фирштайн (Ferestein, 1982) составил список этих критериев, включая улучшение симптоматики, структурные изменения, надежное объектное постоянство в отношениях и хороший баланс между областями Ид, Супер-Эго и защитными структурами. *Относительность этих критериев* означает, что они не отвергаются, но только *тщательно оцениваются в сравнении с другими целями, которых можно было бы достичь при условии удлинения аналитической работы*. Устанавливая цели исходя из личностных черт, а не из способностей, таких, как самоанализ, невозможно удовлетворить требованию Фрейда, высказанному в очерке «Анализ конечный и бесконечный» (1937c, p. 250).

Способность к изменению часто более ограниченна, чем нам хотелось бы верить. Достичь знания о своих собственных ограничениях для пациента часто важнее, чем погоня за утопией. Это мнение может показаться удивительным,. поскольку мы все время ссылались на изменение как на доказательство драгоценного звена между лечением и исследованием (см. гл. 10). Однако «структурное изменение» есть цель лечения, которая кажется одним из самых трудных построений психоаналитической психологии личности для постижения как теоретического, так и эмпирического; поэтому мы удовлетворяемся тем, что ставим пациента в положение, когда он строит свою жизнь способом, который более конгруэнтен его желаниям и его ограничениям, чем до лечения. Слова Фрейда «где было Оно, там должно стать Я» отражают реалистические цели аналитического лечения, когда Эго вновь приобретает инсайт и способность действовать (Freud, 1933a, p. 80).

### *8.9.4 Постаналитическая фаза*

Тому, как аналитик должен строить отношения с пациентом после завершения психоаналитического лечения, не уделялось достаточного внимания. Довольно редко встречались комментарии на эту тему даже в разговорах аналитиков, в противоположность интенсивному обмену опытом по другим вопросам. Наше представление о том, как решал эти вопросы Фрейд, искажено тем обстоятельством, что о проведенных им лечениях аналитическому миру стало известно от пациентов, находящихся в исключительном положении, например от Блантона — аналитика, или Дулиттла — автора, которого Фрейд весьма уважал. Таким образом, они не позволяют нам сделать выводы о том, как поступал Фрейд в обычных случаях. Сегодня все согласны, что постаналитическая фаза имеет большое значение для дальнейшего хода и развития процессов созревания, начавшихся во время лечения. Однако все, что мы находим в учебнике Меннингера и Хольцмана (Menninger, Holzman, 1958, p. 179), — это констатация: «Стороны расстаются. Контракт выполнен».

То, что происходит на самом деле после расставания аналитика и пациента, — эта та область, в которой «аналитики из-за отсутствия научного подхода лишают себя тех данных и тех противоречий, которые столь важны для развития психоанализа как науки» (Schlessinger, Robbins, 1983, p. 6). Долгое время почти никто не занимался систематическими исследованиями последствий анализа. Лишь немногие тщательные исследования, которые мы и обсудим, абсолютно ясно показывают, что постаналитическая фаза и дальнейшая ассимиляция опыта психоаналитической терапии — это ценности, мимо которых мы слишком

долго проходили. Мы должны быть очень осторожны в перенесении опыта самоанализа на пациентов, как это описывали Крамер (Kramer, 1959), Г. Тихо (G. Ticho, 1971) и Кэлдер (Calder, 1980). После обучения аналитики становятся членами группы профессионалов, имеют постоянный контакт с другими аналитиками и должны опираться на самоанализ в своей повседневной работе. Концепция постаналитической фазы, как она представлена Рэнгеллом (Rangell, 1966), соответствует нашему представлению о происходящем в терапевтическом процессе. Формы, которые должны принимать такие постаналитические контакты, суть предмет споров и вызваны непригодной концепцией о разрешении переноса (см. гл. 2) и отсюда — озабоченностью по поводу оживления переноса.

Предполагается ли, что аналитик должен доводить до положения, при котором пациент больше не стремится к контакту, с тем чтобы анализ настолько интегрировался в жизнь пациента, что подвергся амнезии подобно детским воспоминаниям? Или аналитик должен оставаться открытым для возобновления контактов? Э. Тихо (см.: Robbins, 1975) поддерживает точку зрения, что аналитик не должен давать пациенту заверений, что он доступен для дальнейших консультаций, потому что это подрывало бы уверенность пациента в себе. Напротив, Хоффер (Hoffer, 1950) оказывает поддержку пациентам в этой фазе, поскольку они в ней нуждаются. Буксбаум (Buxbaum, 1950, p. 189) признаком успешности анализа считает способность пациента высказать, что он может продолжать встречаться с аналитиком или перестать его видеть. По ее мнению, проще, если аналитик позволяет пациенту возобновить контакт, когда он этого желает и считает необходимым, даже при отсутствии симптомов. Из ее опыта вытекает, что пациенты иногда откликаются на это предложение, но никогда не злоупотребляют им. Строгое «больше никогда» скорее окажет травмирующее влияние на пациента, поскольку ставит его в пассивное положение. Дьюальд (Dewald, 1982) предлагает решать вопрос о постаналитическом контакте, руководствуясь интуицией. В то время как отказ от дальнейшего контакта является источником мучений для некоторых пациентов, такой контакт для других может представлять нездоровое поощрение считать себя больным. Гринсон (см.: Robbins, 1975) проделал эксперимент в ходе одного лечения, встречаясь с пациентом после окончания анализа каждые четыре недели в течение нескольких месяцев. Таким образом, роль аналитика изменилась — из психоаналитика он превратился в слушателя, которому бывший пациент рассказывал о самоанализе.

Кажется очевидным, что аналитик должен применять гибкий подход. Если психоаналитический контакт явно необходим из-за сохранения некоторых трансферентно-невротических отноше-

ний, то терапия, описанная Бройтигамом (Bräutigam, 1983, p. 130), подходит. В целом разумно информировать пациента, что если его самоанализ окажется недостаточным, чтобы помочь ему справиться с тяготами жизни, то он может возобновить контакт со своим прежним или другим аналитиком (см.: Zetzel, 1965).

Как аналитик контактирует после окончания лечения, случайно или профессионально, — это другое дело. Отношения с аналитической дистанцией более не могут считаться подходящими, они вредны и подавляют. Однако другая крайность — попытки избежать нейтральности — побуждает пациента к преждевременной и нарочитой фамильярности; пациент часто реагирует на это как на опасное искушение. Последствия и того и другого подхода неблагоприятны; первый ведет к подавленности и регрессивной зависимости, в то время как другой усиливает спутанность, тревогу или гипоманиакальное «отыгрывание вовне». Наилучший путь организации социальных и профессиональных контактов после завершения лечения лежит где-то между этими крайностями (Rangell, 1966).

Что касается дальнейшего развития аналитических отношений после завершения лечения, то мы бы хотели предложить заменить полную разлуку бессознательной структурой, характерной для отношений индивида с его домашним врачом. Как показал Балинт, основное в отношении к домашнему врачу — это чувство, что он доступен, когда в нем есть нужда. По нашему мнению, при проработке проблемы разлуки аналитику следует вести пациента на основе этого чувства. Сравнивать сепарацию со смертью представляется несоответствующим преувеличением аналитических отношений. Это может привести лишь к искусственной драматизации и усилить бессознательные фантазии всемогущества и их проекции, что сделает сепарацию еще более трудной. Должна сохраняться возможность актуализировать латентную готовность пациента возобновить отношения, если это станет необходимым, потому что каждый может подвергнуться таким воздействиям в силу перемен в своей жизни, что может вновь захотеть обратиться к аналитику. Будет ли это тот же самый аналитик или, по внешним причинам, другой — дело второстепенное. Важно иметь чувство, что пережит хороший опыт, дающий человеку уверенность в том, что аналитик может помочь.

Долговременные наблюдения за периодом после завершения анализа — это одна из областей, которой не уделяется достаточного внимания и в которой Уэлдер (Waelder, 1956) призывает вести исследования. Разумно делать различия между несистематическими клиническими исследованиями и систематическими эмпирическими исследованиями периода, следующего за лече-

нием. И то и другое имеет свое значение. Практикующий аналитик может вести важные долговременные наблюдения. Преувеличенное обычно беспокойство по поводу ненужного оживления переноса чрезмерно ограничило любопытство аналитиков и их готовность идти на контакт.

Пфеффер (Pfeffer, 1959) ввел процедуру отсроченного исследования, которая соответствует самопониманию психоанализа. Эта процедура приняла форму психоаналитических интервью, и ее полезность была подтверждена позднейшими исследованиями (Pfeffer, 1961, 1963). В каждом из исследованных случаев были ясно продемонстрированы последствия устойчивых бессознательных конфликтов, связанных с первоначально диагностированными конфликтами. Польза, полученная от психоаналитического лечения, состояла прежде всего в способности пациента находить подходящие способы справляться с этими конфликтами.

Аналитики постепенно принимают точку зрения, что такие отсроченные исследования не только внешним образом оправдывают психоанализ, но являются также плодотворным методом изучения послеаналитических перемен (Norman et al., 1976; Schlessinger, Robbins, 1983). Предыдущие исследования истории болезней показали стабильное повторение паттернов конфликта; такие паттерны приобретены в детстве и как таковые относительно постоянны. Они формируют индивидуальный процесс созревания и развития, структурируют детские переживания и составляют ядро невроза. Психоаналитическое лечение ведет не к растворению этих паттернов конфликта, а к большей выносливости и умению справляться с фрустрацией, тревогой и депрессией на основе развития способности к самоанализу. Эта способность создается как предсознательная стратегия «обработки» конфликтов средствами идентификации с попытками аналитика наблюдать, понимать и интегрировать психологические процессы. Таким образом, Шлессингер и Роббинс (Schlessinger, Robbins, 1983) подводят итог результатам своих отсроченных исследований. Мы полагаем, что эти данные снимают с нас как с аналитиков определенное бремя. Они удовлетворяют нас и потому, что аналитическую работу в результате таких исследований можно описать более реалистично и взвешенно, чем любым другим методом.

Систематические послеаналитические исследования преследуют и другие цели, особенно это стало возможно в психоаналитических амбулаторных клиниках после проведенных Фенихелем (Fenichel, 1930) первых исследований результатов анализа при Берлинском психоаналитическом институте (см.: Jones, 1936; Alexander, 1937; Knight, 1941). Такие исследования призваны оценить влияние различных факторов на терапевтический

процесс и его результаты и возможны только при большом количестве данных (см., например: Kernberg et al., 1972; Kordy et al., 1983; Luborsky et al., 1980; Sashin et al., 1975; Weber et al., 1985; Wallerstein, 1986). Обзор состояния исследований результатов психотерапии дается Бергином и Лэмбертом (Bergin, Lambert, 1978).

Лишь очень немногие аналитики признают важность таких глобальных оценок результатов, несмотря на их большую ценность для социальной политики. В Германии послеаналитические исследования такого рода имели решающее значение для включения психоанализа в число терапий, покрываемых медицинским страхованием (Dührssen, 1953, 1962). Именно в силу того, что современное состояние исследований терапевтических последствий отнюдь не сводится к упрощенным процедурам терапии (Kächele, Schors, 1981), систематические послеаналитические исследования обоснованности включения длительных психоанализов в лечение, покрываемое страховой медициной, настоятельно необходимы, особенно ввиду впечатляющих результатов, достигнутых психоаналитическими короткими терапиями (Luborsky, 1984; Strupp, Binder, 1984).

# 9 Психоаналитический процесс

Хотя в предшествующих главах мы обсуждали различные аспекты психоаналитического лечения, мы не фокусировали внимания на роли, которую эти аспекты играют в терапевтическом процессе в целом. Мы концентрировались на сегментах лечения различной протяженности и переходили от макро- к микроэлементам аналитического процесса (см.: Baumann, 1984). С одной стороны, мы как бы использовали увеличительное стекло, чтобы сосредоточиться на мельчайших гранях процесса лечения, например на вопросах, которые задает пациент, и, с другой стороны, исследовали общие стратегии аналитика, дистанцируясь от излишних деталей.

Психоаналитическое лечение можно охарактеризовать разными способами. Чтобы обрисовать характерные и существенные черты психоанализа, мы использовали широкий набор метафор. Мы рассказывали о том, как Фрейд сравнил аналитический процесс с игрой в шахматы, об аналогиях, которые он проводил между аналитиком и археологом, художником и скульптором (гл. 7 и 8). Хотя Фрейд и не сомневался в возможности аналитика решающим образом влиять на ход анализа в положительную или отрицательную сторону, он больше подчеркивал независимость хода анализа.

> Аналитик... запускает процесс разрешения существующих вытеснений. Он может наблюдать за этим *процессом*, продвигать его вперед, устранять препятствия на его пути и, несомненно, может наносить ему значительный вред. Но в целом, начавшись, процесс идет своим собственным путем и не позволяет предписывать себе ни направление, которое он принимает, ни порядок, в котором он выбирает свои темы (1913, p. 130; курсив наш).

В метафорах заложены теории и модели, которые мы теперь хотели бы идентифицировать. Требование Сандлера (Sandler, 1983) относительно того, что измерение частного значения в понятиях должно быть выработано для достижения реального прогресса, также адресовано практикующему аналитику:

> Исследование должно быть направлено на то, чтобы подразумеваемые понятия сделались ясными практикующему аналитику, и предполагается, что этот процесс приведет к ускоренному развитию психоаналитической теории. Основу этой теории должны составлять те аспекты, которые отно-

сятся к работе, проводимой аналитиком, и поэтому главное внимание должно быть обращено на клинику (р. 43).

Чтобы помочь осуществлению этой задачи, следующие разделы содержат обсуждение функции процессуальных моделей (разд. 9.1) и существенных черт для их оценки (разд. 9.2) и описание различных концепций этого процесса (разд. 9.3), включая нашу собственную (разд. 9.4).

## 9.1 Функция процессуальных моделей

Если мы сосредоточим внимание на терапевтическом процессе, то есть на всей дистанции, которую пациент и аналитик проходят вместе от начального интервью и до завершения анализа, то обязательно придется огромное большинство происшедших событий отодвинуть на задний план. Мы должны ограничиться самым существенным, иначе рискуем за деревьями не увидеть леса. Суть вопроса в отношении функции и общих трудностей процессуальных моделей состоит в том, что события не являются важными сами по себе, но становятся таковыми благодаря тому *значению*, которое мы им придаем. То, что психоаналитик считает весьма существенным в ходе лечения, зависит от паттернов смыслов, интернализированных им относительно организации и хода психоаналитического процесса. Мы можем отложить ответ на вопрос, насколько определенны и дифференцированны имеющиеся идеи об аналитическом процессе или каковы они должны быть. В данный момент мы только хотели подчеркнуть, что ни один терапевт не может вести лечение или оценить его, не имея модели возможного хода лечения, содержащей указания для его действий и критерии для оценки.

Концепция аналитика в отношении процесса выполняет важную регуляторную функцию в преобразовании его намерений в систему вмешательств. Таким образом, понимание процесса не является абстрактным или теоретическим вопросом. Напротив, такое понимание в более или менее разработанной форме представляет собой компонент повседневной деятельности любого аналитика. Однако именно здесь и проявляются качественные различия между детализированными моделями и скорее имплицитными взглядами на аналитический процесс. Чем менее эксплицитно или чем более обобщенно сформулирована модель, тем с большей легкостью она ускользает от критической рефлексии. По этой причине модели, передаваемые от одного поколения аналитиков следующему поколению, часто сформулированы в настолько общем виде, что их невозможно опровергнуть средствами наблюдения. Однако сомнительно, что такие модели являются адекватными предмету, к которому они применяются.

Одним из решающих факторов, определяющих, адекватны ли идеи аналитика в отношении аналитического процесса, является то положение, которое эти идеи занимают на шкалах «степень сложности» и «степень выводимости» (degree of inference). Мы придаем статус модели такой концепции, которая локализована близко к полюсам «сложной» (в отличие от «недифференцированной») и «выводимой» (в отличие от «поддающейся наблюдению»).

Клаус и Бур (Klaus, Buhr, 1972, p. 729) полагают, что модель — это

объект, который вводится и используется субъектом на основе структурной, функциональной или поведенческой аналогии, для того чтобы получить возможность решить определенную задачу... Использование модели особенно необходимо в определенных ситуациях, чтобы получить новое знание об исходном объекте...

Это определение базируется на том понимании «модели», которое возникло в сфере науки и технологии, как это проясняют Клаус и Бур:

Общее свойство всех моделей заключается в том, что они не могут быть созданы (выбраны или продуцированы) субъектом произвольно; напротив, они являются подчиненными своему собственному внутреннему порядку, являющемуся действительным объектом анализа для субъекта в модельном эксперименте, познании, поведенческой адаптации и т.д. (p. 730).

Это определение понятия модели неприменимо к моделям психоаналитического процесса. Акт познания, осуществляемый аналитиком во время лечения, в занимаемой им роли участвующего наблюдателя, явно отличается от акта познания, осуществляемого в науках, в которых объект не меняется из-за наблюдения со стороны исследователя. Ученый-исследователь оказывает влияние на объект только как часть контролируемого эксперимента. Однако важнее всего то, что сам исследователь как человек, осуществляющий воздействие, не есть часть изучаемого объекта (см. также разд. 3.1). Хотя подобный эпистемологический научный подход все больше ставится под вопрос, например в современной физике, тем не менее остаются качественные различия между способами познания ученого и психоаналитика. Аналитик, который подходит со специфичной моделью к своему объекту — аналитическому процессу, — *оказывает влияние на возникновение событий посредством своих ожиданий*, согласующихся с этой моделью. Так, аналитик, рассматривающий терапию как последовательность предопределенных фаз, внимательно ищет знаки, сигнализирующие о переходе к следующей фазе. Он будет одновременно избирательно концентрироваться на высказываниях пациента, соответствующих его

модели аналитического процесса. Поэтому он может действительно определять то направление, которое принимает процесс, хотя и уверен в том, что лишь за ним наблюдает. Таким образом, он преобразует свою модель процесса, которую считает *описывающей*, в *предписывающее* терапевтическое действие.

Причина, по которой мы подчеркнули этот аспект, заключается не в том, что такая процедура предосудительна. Наоборот, у аналитика нет иного выбора, кроме как понять терапевтический процесс на основе своей модели этого процесса, выдвинуть гипотезы, исходя из такой модели, и провести терапию в соответствии с этими гипотезами. Решающий вопрос заключается не в том, выстраивает ли аналитик ход своих действий, исходя из своей модели, а в том, следует ли он этому ходу действий строгим предписывающим образом.

В своем обсуждении терапевтических правил и стратегий (см. гл. 7 и 8) мы придаем огромное значение различению стереотипных и эвристических моделей. Процессуальные модели также могут использоваться аналитиком стереотипным образом, то есть так, как если бы они были алгоритмами. Алгоритм закладывает точную последовательность индивидуальных шагов, неуклонно приводящую к предписанной цели при условии точного соблюдения такой последовательности. Процессуальные модели не могут принять на себя такую предписывающую функцию; они всегда должны использоваться эвристичным и творческим образом (Peterfreund, 1983). Модель может быть использована как алгоритм, только если она является всеобъемлющей, то есть при условии, которое никогда не может быть удовлетворено применительно к психологическому процессу. Процессуальные модели дают подсказки, каким образом может быть организована в высшей степени сложная, специфическая для диады информация, накапливавшаяся в течение длительного периода. Даже после того, как была выбрана форма организации, необходимо, однако, снова и снова испытывать ее в отношении способности интегрировать новую информацию.

Аналитик должен уделять особое внимание той информации, которая не соответствует его модели. Он всегда будет способен найти внутри богатого материала моменты, подтверждающие его модель; однако это говорит еще слишком мало в пользу его понимания аналитического процесса. Информация же, которая не может быть интегрирована, наоборот, побуждает модифицировать понимание аналитического процесса так, чтобы сделать его совместимым с новой информацией. На этом пути образ, имеющийся у аналитика, начинает все более точно приближаться к объекту.

Мы понимаем, что на аналитика ложится тяжелое эмоциональное бремя и от него требуется огромное душевное усилие, чтобы признать, что используемая им концепция аналитического

процесса является неподходящей, и таким образом сознательно поставить себя в небезопасную ситуацию, которая неизбежно следует из такого признания. Существенная функция процессуальных моделей в конечном итоге заключается в том, чтобы привнести порядок в разнообразие информации, направлять внимание и поведение терапевта и таким образом обеспечить последовательность в его терапевтических действиях. Вполне понятно, что никто не хочет утратить такую опору, хотя бы даже и временно. Такие кратковременные потери ориентации легче перенести, если аналитик не поддается соблазнительной мысли о том, что существует правильная модель аналитического процесса. По нашему мнению, понятие правильной процессуальной модели является таким же фиктивным, как и понятие правильного психоаналитического процесса, который следует естественным законам и имманентному порядку до тех пор, пока вмешательства аналитика не нарушают его. Процессуальные модели непосредственно влияют на терапию. Привержен ли аналитик вымыслу о естественном процессе, рассматривает ли он лечение как диадически-специфический психосоциальный процесс взаимодействия — все это имеет, таким образом, вполне реальные последствия для пациента. Аналитик, придерживающийся последней точки зрения, должен снова и снова определять, согласуются ли еще его допущения в отношении аналитического процесса с его наблюдениями за взаимодействием в каждом отдельном случае.

В целом это зависит от аналитика, принимает ли он (ошибочно) свою процессуальную модель как реальность и последовательно применяет свои вмешательства стереотипным образом, или же он рассматривает ее как инструмент для организации процесса, который нужно пересмотреть, как только при помощи эвристических стратегий получена противоречащая информация. Конечно, одни модели часто ведут к *стереотипным* интерпретациям, в то время как другие облегчают использование *эвристических* стратегий. Ниже мы собираемся обсудить с этой точки зрения различные характеристики моделей процесса.

## 9.2 Характерные особенности процессуальных моделей

Как мы уже объяснили выше, вопрос заключается не в том, чтобы отличить истинные модели процесса от ложных. Скорее он состоит в пригодности различных процессуальных моделей для создания эффективных терапевтических стратегий. Центральный критерий при этом усматривается нами в том, предпо-

30–1030

лагает ли модель, что психоаналитический процесс придерживается своего квазиестественного течения. Такая модель не ведет с неизбежностью к стереотипному применению ее аналитиком, но подкрепляет любую тенденцию строго ориентироваться на ожидаемый, естественный ход, которая у него имеется. Наблюдения, не согласующиеся с моделью, часто игнорируются или интерпретируются как сопротивление.

Это можно особенно отчетливо увидеть в том, как аналитик обходится с высказываниями пациентов, свидетельствующими, что они или не смогли понять, или не принимают определенные интерпретации. Если отвержение пациентом интерпретации затем интерпретируется на основе той же самой гипотезы, которую он не понял или не принял, и, таким образом, понимается как сопротивление, то аналитик остается в плену своего предубеждения, а пациент лишится возможности сделать важные поправки. Хотя концепция сопротивления хорошо обоснована, как мы видели в четвертой главе, все же может оказаться, что отвержение пациентом интерпретации в повседневной коммуникативной ситуации анализа должно быть признано валидным (см. также: Thomä, Houben, 1967; Wisdom, 1967).

Среди моделей, предполагающих квазиестественный ход лечения, выделяется широко распространенная точка зрения, что процесс терапии аналогичен развитию в раннем детстве. В разделе 9.3 мы обсудим модель процесса Фюрстенау (Fürstenau, 1977) как типичный пример такого рода. Такие модели объединяет допущение, что пациент в ходе терапии прогрессирует от ранних стадий развития к поздним. Так происходит не обязательно, и это можно видеть из рассуждения Балинта об «особой фазе в аналитическом лечении пациентов». Он описывает ее следующим образом:

> Мой клинический опыт вкратце таков: в периоды, когда аналитическая работа уже далеко продвинулась в своем долгом пути, то есть приближается к концу лечения, мои пациенты начинали — сначала очень робко — желать, ожидать и даже требовать (обычно, но не всегда) некоторых простых подкреплений со стороны аналитика (1952, p. 245).

Пациенты, на которых здесь ссылается Балинт, не в состоянии исследовать в ходе лечения свои главные патогенные допущения (в смысле, описанном Вайсом и Сэмпсоном (Weiss, Sampson, 1984)), пока не будут рассмотрены основные эдиповы конфликты и пациенты не ощутят в результате этого повышение силы Эго и не почувствуют себя в безопасности. А.Э.Майер (в личной беседе) предлагал назвать это «хронологической ретроградной моделью».

В данном обсуждении нужно отвести место и процессуальным моделям самих пациентов; они являются точным отражени-

ем того, как пациенты переживают процесс. Пациенты часто говорят об анализе как об исследовании собственного дома. Эта метафора приглашает обдумать внутреннее устройство здания. И если даже внимательное наблюдение со стороны способно информировать опытного архитектора о внутреннем дизайне, знание о планировке, предназначении и меблировке комнат может быть приобретено только при внутреннем рассмотрении. Конечно, у зданий есть много общих деталей, о которых мы можем судить на основе своего знания об их устройстве и функции. Точно так же и психическое развитие с неизбежностью ведет каждого из нас через определенные стадии, как это было описано рядом авторов (например: Erikson, 1959). Мы приобретаем свою психическую структуру, решая проблемы развития, встающие перед каждым из нас: сепарация от симбиоза, триангуляция, эдипова конфигурация, подростковый период и т.д. Доступность этих структур для терапевтической работы зависит от множества различных факторов, которые взаимодействуют с техникой лечения и которые мы понимаем как интрапсихическую защиту и психосоциальное приспособление (см. описание Менцосом (Mentzos, 1982, p. 109) его трехмерной диагностической модели).

Ви́дение процесса терапии и развития в раннем детстве как параллельных феноменов, несомненно, часто является верным и может служить плодотворным руководством к лечебному вмешательству. Однако в случае негибкого применения данный подход становится проблематичным, например если аналитик упускает из виду тот факт, что терапевтический процесс, формируемый вместе со взрослым пациентом, отличается от ранних детских переживаний в ряде существенных аспектов, не последнее место в котором занимает качество субъективного опыта. Ранние переживания *не могут* быть вновь пережиты аутентичным образом; терапевтический процесс всегда затрагивает весьма определенные переживания взрослого. Процессуальная модель, ориентированная на психологическое развитие, должна отдавать должное этим переживаниям.

Как было сказано выше, больше всего соблазняет в подобных моделях предположение о том, что индивидуальные фазы следуют друг за другом в неуклонной последовательности. В результате аналитик будет рассматривать и использовать только ту информацию, которая соответствует текущей фазе, игнорируя все остальное. Таким образом, одна фаза за другой могут *создаваться* во взаимодействии, в то время как их последовательность интерпретируется как регулярность, присущая процессу. В моделях, основанных на той идее, что психоаналитический процесс следует естественному курсу, развитие пациента логически оказывается в центре внимания. Напротив, если психо-

аналитическое лечение рассматривается как диадически-специфический процесс взаимодействия (см. разд. 9.4), то очень важным становится вклад терапевта.

Другой существенный критерий для оценки процессуальных моделей составляют ответы на следующие вопросы: что говорит модель о роли аналитика? Какая функция приписывается ему в формировании процесса? В общем виде можно допустить, что чем более процесс будет мыслиться как «естественный» и автономный, тем меньше приходится говорить о роли аналитика (и об ответственности, которую он при этом принимает на себя). В крайнем случае он выполняет свою функцию просто через осознание упорядоченности процесса, постулируемого его моделью, и не нарушая его ход. В таком случае использование аналитиком эвристических моделей не является ни необходимым, ни желательным. В любом случае его поведение ориентируется преимущественно не на пациента, а скорее на его «естественное» ви́дение процесса, который он, как правило, пытается поддерживать при помощи нейтральности и интерпретаций.

Логично, что при таком подходе большое значение приобретает вопрос о том, является ли вообще пациент, которого аналитик только что наблюдал в начальном интервью, пригодным для этого процесса, ход которого детерминирован «природой вещей». В таких рамках адаптивные показания в предложенном нами смысле (см. гл. 6) оказываются невозможными, поскольку они требуют большой гибкости со стороны аналитика, который должен предлагать самого себя в меняющихся ролях как партнера по общению.

Мы описали крайний случай для того, чтобы прояснить риск, который становится тем выше, чем более «естественно» аналитик рассматривает аналитический процесс, то есть ту опасность, что он будет закрывать глаза на то, что терапевтический процесс структурируется во взаимодействии и гибок. Таким образом, можно предположить, что он начнет неправильно классифицировать как непригодных для анализа все большее число пациентов.

Мы бы хотели описать точку зрения, выдвинутую Меннингером и Хольцманом (Menninger, Holzman, 1958) в качестве примера понимания аналитического процесса, которое неправильно характеризует роль аналитика. Эти авторы предлагают процессуальную модель, согласно которой подходящий пациент заключает контракт с аналитиком и к концу типичного процесса изменяет свою психическую структуру и разрешает свой перенос. Эта точка зрения, кстати, была опровергнута последующими исследованиями, проведенными Шлессингером и Роббинсом (Schlessinger, Robbins, 1983). Согласно этим исследованиям, разрешение переноса к концу успешной терапии является мифом;

напротив, в последующих интервью даже успешно проанализированные пациенты демонстрировали явные проявления переноса. Для Меннингера и Хольцмана аналитик представляется не более чем обычно молчащим компаньоном, терпение и дружелюбие которого убеждает пациента в том, что его переносы любви и ненависти не имеют в настоящем ни позитивных, ни негативных оснований.

Эта фикция психоаналитического процесса, очищенного от реальной личности аналитика, предполагает, что существует усредненный аналитик и подходящий для анализа пациент. Эта концепция, игнорируя факт, что такой пары пациента и аналитика не существует, не позволяет сочетать полученные в социальных науках данные с сущностью терапевтических отношений, начиная с вхождения в психоаналитическую ситуацию. Актуальные проблемы психоаналитической техники нельзя разрешить, придерживаясь — в качестве ответной реакции на кризис идентичности — слишком ригидной концепции лечения. Напротив, мы придаем роли аналитика большое значение в совместной детерминации структуры терапевтического процесса. Он осуществляет свою роль в диадически-специфической манере, которая зависит от его собственной личности и от пациента. Такой взгляд на роль терапевта несовместим с концепцией аналитического события как естественного явления.

Каждая из этих двух противоположных концепций аналитического процесса прежде всего представляет собой не что иное, как убеждение, основанное на вере. В конечном счете только наблюдение за психоаналитическим процессом может предоставить информацию о пригодности той или иной из процессуальных моделей. Предварительным условием для этого является то, чтобы модели были сформулированы способом, который делает возможным их подтверждение или опровержение на основе наблюдения. Мы рассматриваем вопрос об эмпирическом обосновании процессуальных моделей как важный критерий для их оценки; на самом деле это единственный способ оценки их применимости.

Такое предварительное условие требует, чтобы модели были сделаны настолько эксплицитными, насколько это в настоящий момент возможно. Чем ближе к уровню наблюдения сформулированы модели, тем более четкими будут производные операциональные гипотезы, которые могут быть испытаны затем на базе наблюдаемых в интервью событий. Необходимо иметь возможность проверки гипотез и, что всего важнее, сбора не согласующихся с моделью данных. Это означает, что модель, способная легко объяснять результаты, диаметрально противоположные первоначальному прогнозу, бесполезна. Несмотря на это, именно при построении психоаналитических теорий широко распро-

странена тенденция к созданию таких неопровержимых моделей. Отчасти это, безусловно, связано с первоначальной беспомощностью, которая неизбежно охватывает аналитика, когда он сталкивается со своим чрезвычайно сложным предметом. Рискованно делать прогнозы терапии, если человеческое поведение сверхдетерминировано, если борьба между желанием и защитой не разрешена. Неопределенность возрастает, если увеличивается период, на который делается прогноз. Таким образом, формулировка процессуальных моделей всегда рискованное предприятие. Это особенно верно, если модель в идеале обеспечивает аналитика сеткой для классификации большого числа взаимодействующих, взаимозависимых событий без детального знания о природе отношений между ними.

Существует два возможных пути преодоления этих трудностей. Один из них — формулирование процессуальных моделей в таком абстрактном виде, что они становятся универсально валидными и, таким образом, неопровержимыми. Подобное теоретизирование заводит в тупик и скорее искажает, чем обостряет восприятие нового материала. Проявлением такого абстрактного обобщения служит явное стремление некоторых аналитиков уже после короткого ознакомления помещать случаи в понятную теоретическую структуру — факт, вызывающий удивление на клинических семинарах. Случай втискивается в прокрустово ложе теории, при этом неподходящая информация остается без внимания, и предполагается, что информация, которой недостает, согласуется с теорией.

Другой способ справиться со сложностью психоаналитического процесса — ограничить претензии модели на создание всеобъемлющей концепции процесса. Плодотворный подход заключается в том, чтобы сначала выдвигать гипотезы в форме утверждений «если — то», касающихся различных событий, которые обычно повторяются в ходе терапии. И компонент «если» и компонет «то» должны быть определены как можно более точно, так, чтобы обеспечить опровергаемость гипотезы.

## 9.3 Модели психоаналитического процесса

Технические рекомендации Фрейда по ведению лечения, и, таким образом, по процессу, довольно поверхностны, намеренно туманны и неопределенны в отношении общего хода лечения. Хотя по ним можно составить целую серию правил (гл. 7) и стратегий (гл. 8), невозможно вычленить какое-либо понимание целого процесса, помимо простого обозначения начальной, срединной и заключительной фаз анализа, как заметил Гловер (Glover, 1955). Мы уже упоминали о том, как понимали этот

процесс Меннингер и Хольцман; независимо от оценки их позиции, по существу, попытка этих авторов осмыслить весь процесс свидетельствовала об осознании проблемы и была тепло встречена при ее опубликовании в 1958 году. Развитие теории психоаналитической терапии, которая представляла бы собой нечто большее, чем свободный свод технических принципов, оказалось неразрешимой задачей с момента ее постановки Бибрингом на Мариенбадском конгрессе в 1936 году. Число вразумительных процессуальных моделей, объединяющих отчеты об индивидуальных случаях и дающих общее понимание процесса, тем не менее остается незначительным. Может быть, это связано с тем, что большинство аналитиков отдают предпочтение очерковой манере подачи истории болезни (Kächele, 1981), а также со сложностью материала. Нижеследующие описания нескольких попыток сформулировать процессуальные модели отражают состояние развития теории.

Общим для всех размышлений о процессе является понятие *фазы*. Дифференциация отдельных стадий лечения в соответствии с принятыми основными паттернами характерна как для описания случаев кандидатами, проходящими курс обучения, часто использующими заголовки, богатые образами, так и для делового подхода, принятого Мельцером (Meltzer, 1967), который описывал следующие фазы типичных процессов в анализе детей, проводившемся по Кляйн:

1. Сбор переноса.
2. Разбор географической путаницы.
3. Разбор зональной путаницы.
4. Порог депрессивной позиции.
5. Процесс отнятия от груди.

Согласно Мельцеру (Meltzer, 1967, p. 3), такая последовательность фаз выражает по-настоящему естественный *органический процесс*, который происходит, когда лечение ведется строго в соответствии с методами Кляйн. Последовательность стадий развития очевидна для понимания детского анализа, но она становится проблематичной, когда используется в качестве попытки понять аналитический процесс взрослого человека. Иллюстрацией этого служит модель «прогрессирующей структуры нефокального психоаналитического лечения» Фюрстенау (Fürstenau, 1977). Эта прогрессирующая структура является результатом взаимодействия динамических факторов в аналитической ситуации, что мы уже описывали различными способами.

В психоаналитическом процессе важно различать два взаимосвязанных процесса, которые вместе составляют прогрессирующую структуру. Согласно Фюрстенау (Fürstenau, 1977, p. 858), этими двумя частичными процессами являются:

1. Процесс постепенного структурирования и нормализации Я с периодически возникающими фазами тяжелых структуроформирующих рецидивных кризисов и те способы, какими аналитик справляется с ним путем замещения и поддержки.
2. Процесс сценического развертывания и обработки фиксаций, слоя за слоем, через анализ переноса и контрпереноса.

Теперь мы кратко опишем семь фаз прогрессирующей модели Фюрстенау и упомянем о тех проблемах, которые в связи с ней встают. Согласно Фюрстенау, каждая фаза описывается с общих точек зрения «проработки жестких паттернов, которые несет с собой пациент», и «построения нового паттерна взаимоотношений».

В первой фазе аналитик играет материнскую роль в отношении пациента; он ведет себя таким образом с целью обеспечения безопасности.

Во второй фазе пациент разворачивает свою симптоматику, он все еще мало интересуется пониманием бессознательных связей, но делает важные открытия в отношении надежности и уверенности аналитика.

В третьей фазе обращаются к негативным аспектам ранних взаимоотношений с матерью.

В четвертой фазе происходит обращение к себе (к своему Я) путем выявления скрытой агрессии и оскорблений из области ранних отношений матери и ребенка; это сопровождается улучшением диффузных депрессивных симптомов. В аналитических отношениях пациент узнает, что аналитик интересуется его скрытыми фантазиями, но не навязчиво и не заставляет его испытывать чувство вины за свой нарциссический уход.

В пятой фазе выявляется сексуальная идентичность пациента; аналитик по-разному ведет себя с пациентами мужчинами и женщинами. Эта тема продолжается в шестой фазе, фазе эдиповой триангуляции.

Завершение лечения в седьмой фазе облегчается вновь развившимися отношениями, которые пациент смог установить как с самим собой, так и с партнерами. В центре внимания стоит проработка периода оплакивания, траура, прощания.

Фюрстенау делает различия между двумя классами психических расстройств, которые он называет неврозами с относительно интактным Эго и структурными расстройствами Эго. Последний класс включает психотиков, людей нарциссически замкнутых, асоциальных, наркоманов, извращенцев и психосоматических пациентов. В отличие от лечения пациентов с неповрежденным Эго, которое происходит описанным способом через эти фазы, особенно при первом из двух частичных процессов, указанных выше, в нефокальном психоаналитическом лечении пациентов со структурными расстройствами Эго частичные про-

цессы переплетаются. К тому же для последней группы терапия меняется, особенно в первых трех фазах лечения. Например, в первой фазе аналитику приходится все в большей степени брать на себя замещающие функции. Более того, не существует ясного перехода к четвертой фазе, и во второй половине этого процесса доминирует чередование занятий пациента собой с занятиями с другими. «Соответственно этому происходит постоянная *смена* вмешательств аналитика, работающего то над переносом и сопротивлением, с одной стороны, то над укреплением Я пациента — с другой (Fürstenau, 1977, p. 869).

В противоположность нашей собственной процессуальной модели (разд. 9.4), прогрессирующая процедура Фюрстенау характеризуется фиксированным содержанием. Это само по себе обладает терапевтической функцией, так как придает аналитику уверенность в своих возможностях. Фюрстенау развил эту модельную структуру на основе своего опыта клинической супервизии. Один из ее важных аспектов, совпадающих с нашей точкой зрения, состоит в том, что лечебный процесс делится на фазы, для которых характерны различные темы. Менее точным, по нашему мнению, является предположение, что последовательность фаз в каждом процессе организована подобно линейной проработке онтогенетического развития. С точки зрения общественных наук мало вероятно, что эта модель удовлетворяет своим претензиям на всеобщность; однако создание модели типичного хода лечения, несомненно, дало бы значительное продвижение вперед в описании хода и исхода психоанализа.

Преимущество такой модели состоит в том, что она приспосабливает психоаналитический метод к действительным особенностям двух больших групп пациентов. Это избавляет от постоянных новых определений области более или менее узкого понимания «классической техники». Соответственно это уничтожает источник споров — не дающих преимуществ аналитику и не помогающих пациентам, — в результате которых обычно применение так называемой классической техники пациентами ограничивается интрапсихическими конфликтами на эдиповом уровне, а все другие пациенты передаются на аналитическую психотерапию или так называемую психодинамическую психотерапию или же создается новая школа терапии для их лечения. Ориентация на потенциальные возможности метода в конце концов приводит к дифференциации в соответствии с типом заболевания, к которой призывал Фрейд (1919a). Это подразумевает необходимость некоторой степени гибкости в смысле приспособления к нуждам отдельных пациентов, что еще, однако, не достигнуто. Нетрудно заметить, что модель терапевтической активности Фюрстенау относится также к области так называемых нарциссических расстройств, так как она включает час-

тичный процесс «постепенного структурирования и нормализации Я».

Кохут в своих позднейших работах (Kohut, 1971, 1977) делает фундаментальное различие между техникой, основанной на теории инстинкта и эгопсихологии, и своим пониманием анализа и восстановления Я. Процессуальная модель в теории восстановления Я Кохута определяется следующими тезисами:

1. Я-объект ищет себя в других.
2. Имеется недостаток эмпатического резонанса со стороны матери. Степень отсутствия эмпатического резонанса в конечном итоге определяет дефицитарность Я. Эмпатический резонанс состоит из нескольких определяемых развитием стадий: зеркального переноса, двойникового переноса и идеализирующего переноса Я. Они определяют форму, которую принимает эмпатический резонанс, и описываются как базовые потребности человека.
3. Дефицитарность Я дает основу для всех расстройств. В своих более поздних работах Кохут (Kohut, 1984, p. 24) рассматривает даже эдипову патологию как эманацию лишенных эмпатии матери или отца. По его мнению, если Я не было первоначально повреждено, не будет иметь места кастрационная тревога с ее *патологическими* последствиями.
4. После того как сопротивления, направленные против возобновления Я-объектных фрустраций (фрустраций, являющихся следствием того, что другой не таков, как нам бы хотелось), преодолены, в терапевтическом процессе происходит мобилизация «Я-объектных переносов» с неизбежными конфликтами в аналитических отношениях. Конфликт имеет место между постоянной потребностью в соответствующих Я-объектных реакциях, с одной стороны, и страхом пациента перед повреждением Я — с другой. Если пациент чувствует, что его понимают, архаичные нужды, от которых он отказался, возрождаются в отношении к Я-объекту в Я-объектном переносе.
5. Отношения между Я анализируемого и Я-объектом, то есть Я-функцией аналитика, неизбежно являются неполными. Поскольку попытка установить полную эмпатическую гармонию с анализируемым обречена на неудачу, имеют место регрессии Я и симптоматика, понимаемые как продукты дезинтеграции.
6. Путем своего эмпатического резонанса аналитик чувствует обоснованные потребности пациента в его функции Я-объекта, которые погребены под искаженными манифестациями. Он проясняет ход событий и корректирует свое собственное недопонимание.

7. Целью терапии является трансформация «функции Я-объекта аналитика в функцию Я анализируемого» (Wolf, 1982, p. 312). Это известно как трансмутационная интернализация. Знаменательно, что укрепление структуры Я не означает никакой независимости от Я-объектов; напротив, это означает большую способность находить их и использовать.

Применение этих тезисов к процессу классического трансферентного невроза, который, по определению, может быть ограничен эдиповыми конфликтами, ведет к следующей структуре фаз (Kohut, 1984, p. 22):

1. Фаза «общих упорных сопротивлений».
2. Фаза «эдиповых переживаний в традиционном смысле, в котором доминируют переживания тяжелой кастрационной тревоги» (эдипов комплекс).
3. Возобновление фазы тяжелого сопротивления.
4. Фаза дезинтеграционной тревоги.
5. Фаза «легкого беспокойства, перемежающегося с радостными предчувствиями».
6. Завершающая фаза, для которой Кохут предлагает термин «"эдипова стадия", с тем чтобы указать на ее важность, как на здоровый, радостно предпринятый шаг в направлении развития, начало устойчивого, дифференцированного в соответствии с полом Я, что обещает творчески продуктивное будущее».

Сам Кохут указывает, что «одно из теоретических предположений», лежащих в основе этой классификации фаз, заключается в том, что «процесс анализа обычно идет от поверхности вглубь», и из этого заключает, что «последовательность переносов обычно повторяет последовательность развития *в обратном порядке*» (Kohut, 1984, p. 22). Цель и двигатель этого процесса — показать пациенту, что «поддерживающее эхо эмпатического резонанса в этом мире действительно есть» (1984, p. 78).

В своем последнем, изданном посмертно, исследовании Кохут уже не уклоняется от использования хорошо известного, но дискредитированного выражения «корректирующее эмоциональное переживание» для описания своей позиции. Он утверждает, что споры, первоначально сопутствующие этому выражению, возникли из-за манипулятивного использования эмоционального переживания вместо проработки. В конце жизни Кохут считал, что его позиция прочно коренится в классической технике, несмотря на все изменения, поскольку основу его позиции составляют нейтралитет и абстиненция, дополненные «динамичными интерпретациями (переноса) и генетическими реконструкциями».

Критическая оценка теории Я должна исходить из того факта, что используемый во всех работах Кохута объясняющий ме-

ханизм является современным вариантом принципа безопасности. На место инстинктивного желания помещена регуляция отношений со значимым другим, который при этом понимается в соответствии с теорией нарциссизма.

Ранняя работа Балинта о первичной любви пересекается здесь с социально-психологическими положениями Кули и Мида. Кохут отвергал символический интеракционизм даже в той форме, в какой он представлен у Эриксона, чем весьма обеднил свою теорию и практику. В данном контексте следует также упомянуть о первых попытках интегрировать процесс адаптации и аккомодации Пиаже в психоаналитическую теорию развития (см.: Wolff, 1960; Greenson, 1979, 1981). Психоаналитические теории объектных отношений не отдают должного способности к социальному взаимодействию. В первые шесть месяцев младенец учится, «как пригласить свою маму поиграть, и затем начинает общаться с ней» (Stern, 1977). Эти новые возможности в приложении к психоаналитическому процессу ставят в центр всех соображений вопрос о регулирующей способности, и это ведет к такому пониманию процесса, которое может преодолеть односторонность и излишние обобщения Кохута, не упуская, однако, из виду то, что Кохут открыл важный центральный фактор: регуляция благополучия и безопасности иерархически стоит выше реализации отдельных желаний.

Наше обсуждение процессуальной модели Мозера и др. (которое последует ниже) ограничено тем, что сфера когнитивной психологии (см.: Holt, 1964) все еще чужда многим психоаналитикам, и, таким образом, трудно представить эти концепции в форме, соответствующей учебнику. Мозер и др. (Moser et al., 1981) представили теорию регулирования душевных процессов, в которой они описали объектные отношения, аффекты, процессы защиты, используя терминологию, обычно применяемую в моделях, имитирующих компьютеры. В их модели взаимоотношения анализируемого и аналитика понимаются как взаимодействие двух процессуальных систем, действующих в соответствии с явными и неявными правилами. Чтобы понять последующее обсуждение, важно иметь понятие о процессуальных системах. Может быть, полезно рассмотреть знакомую психоаналитическую структурную модель как процессуальную систему, в которой взаимодействуют три регулирующих контекста — Эго, Супер-Эго и Ид. «Контекст» относится к свободной группировке аффективных когнитивных функций, взаимодействие которых является (более или менее) напряженным, сравнимым с метафорой Уэлдера (Waelder, 1960) о передвижении на границе, которое нормально для мирного времени, но запрещено во время войны. Фон Цеппелин (von Zeppelin, 1981) подчеркивал, что главное предположение процессуальной модели состоит в том,

что аналитик и пациент постоянно создают образы (модели) состояния регулирующей системы, как своей собственной, так и других, и их предполагаемого взаимодействия. Важной особенностью модели является то, что устанавливается специальный регулирующий контекст для создания и поддержания взаимоотношений и что в этот контекст входят желания и правила для реализации взаимоотношений. Правила, управляющие отношениями, включают также те, которые принадлежат к коммуникативным «жестким конструкциям» (hardware), регулирующим взаимодействия, и должны быть классифицированы как часть, например, теории универсального прагматизма Хабермаса. Такие правила не представляют интереса для терапевтического процесса, если только они не расстроены в серьезной степени и не проявляют себя в качестве патологических явлений. Общеклиническое значение имеют так называемые Я-релевантные правила отношений, которые важны для поддержания стабильности всей регулирующей системы. Им подчинены (объект-)релевантные правила, следующие за данными социальными правилами отношений. Первое понимание переноса ведет к различению этих двух наборов правил: перенос происходит только там, где вовлечены Я-релевантные правила.

Терапевтический процесс начинается тогда, когда анализируемый стремится получить помощь от регулирующей способности аналитика. Он делает это своим типичным путем, определяемым его развитием. Задачей терапевтического процесса являются прояснение бессознательно возникающих ожиданий, которые анализируемый связывает с аналитиком. Для этой цели в модели определяется четыре главные функции терапевтических отношений (von Zeppelin, 1981):

1. Расширение процесса когнитивно-аффективного поиска в отношении регулятивной активности, особенно расширение Я-отражающих способностей.
2. Подготовка и введение ad hoc модели отношений между аналитиком и анализируемым; таким образом приобретается лучшая способность к взаимодействию в «здесь-и-теперь», которая затем должна быть преобразована в реальные отношения вне анализа.
3. Постепенная модификация терапевтического взаимодействия в смысле пересмотра распределения регуляторных функций между аналитиком и анализируемым.
4. Модификация регулятивной системы анализируемого средствами большей дифференциации Я-отражающих функций.

Анализ переноса и контрпереноса берет начало в применении этих четырех главных функций к терапевтическим отношениям. Вытекающие из этого процессы проходят различные фазы, в которых разнообразные точки фокуса прорабатываются

снова и снова (см. разд. 9.4). Инсайт можно описать как построение все более точных способов, поиск которых повторяется вновь и вновь.

Не имея возможности углубляться в дифференцированные описательные и репрезентативные возможности, предложенные этой формализованной моделью, мы хотели бы подчеркнуть особое значение понятия регулятивной способности, стратегическая и тактическая задача которой стоит в центре гипотетического «субъект-процессора». Хотя образы используемой здесь терминологии кажутся чуждыми, они точно описывают понятие *безопасности*, в чем можно убедиться на примере процессуальной модели психотерапевтической исследовательской группы «Гора Сиона» (Mount Zion Psychotherapy Research Group), руководимой Вайсом и Сэмпсоном, которую мы сейчас опишем.

В серии исследований, проводимых с 1971 года, эта группа выдвинула на основе клинически и теоретически разработанной концептуализации анализа защиты новые эмпирические подходы к верификации. Не вдаваясь здесь в детали отдельных эмпирически описанных психодинамических конфигураций, скажем лишь, что группа определяет курс психоаналитического лечения как конфликт между потребностью пациента выразить свои бессознательные патогенные убеждения и усилиями аналитика пройти эти критические ситуации (называемые «тестами») таким образом, чтобы пациент не испытал никакого подтверждения своих негативных ожиданий. Если исход этих тестов окажется положительным, то пациент сможет приобрести чувство безопасности, возникающее на основе знания, что не существует больше никакого оправдания для его системы представлений, состоящих из инфантильных паттернов желание-защита, и поэтому ему нет нужды возобновлять действия их регулятивной функции. Эту точку зрения, полученную из критического анализа более ранней (инстинктивной) и более поздней (психология Эго) теории защиты Фрейда, можно встретить в работах Лёвенштайна (Loewenstein, 1969, p. 587), Криса (Kris, 1950, p. 554), Лёвальда (Loewald, 1975, p. 284) и Гринсона (Greenson, 1967, p. 178). Предшественником понятия теста было положение Фрейда, что Эго производит интерполяцию «между требованием, выдвигаемым инстинктом, и действием, которое его удовлетворяет, при этом деятельность мысли, основываясь на настоящем и оценив более ранний опыт, нацелена на экспериментальный учет последствий предлагаемого действия» (1940a, p. 199). Это было применено Вайсом (Weiss, 1971), теоретиком группы «Гора Сиона», к ситуации переноса; Рэнгелл (Rangell, 1971) и Дьюальд (Dewald, 1978) высказывали сходные соображения.

Ход психоаналитического лечения, следовательно, рассматривался как последовательность тестов, в которых пробуются и

прорабатываются темы, характерные для отдельных пациентов. Особым достижением Вайса и Сэмпсона было то, что они проверили опытным путем процессуальную гипотезу в отношении тезиса о фрустрации. Хотя обе точки зрения считают решающими одни и те же фазы лечения, прогностическая сила тезиса Вайса—Сэмпсона оказалась намного выше прогнозирующей силы тезиса о фрустрации. Прогресс в лечении в самом деле можно рассматривать как последовательность успешных опровержений бессознательных патогенных предположений. В дальнейшем было показано, что, если аналитический климат дает безопасность, которая пациенту необходима, вытесненный материал может появиться без тревоги, даже если не дается развернутой интерпретации (Sampson, Weiss, 1983).

Таким образом, была концептуализирована и эмпирически проверена центральная тема, хотя процессы, исследованные группой «Гора Сиона», объяснили только часть сложных событий. Более всеобъемлющая модель до сих пор не может быть создана потому, что еще не было подробной разработки цели всего процесса; были рассмотрены только отдельные его шаги. Можно, пожалуй, предположить, что удовлетворительное завершение терапии будет достигнуто согласно этой процессуальной модели, когда будут опровергнуты все патогенные ожидания пациента. Эта утопическая цель поднимает вопрос о том, какие из патогенных предположений пациента реализуются в конкретном процессе таким образом, что наталкиваются на перекрестный огонь переноса.

Согласно Сэмпсону и Вайсу, формальные шаги, характеризующие ход терапии, имеют место каждый момент времени в каждой терапии и не зависят от того, разделяет ли аналитик эту теорию. Таким образом, эта модель претендует на общую валидность, независимо от особенностей болезни пациента, стадии лечения или техники терапевта. А она касается только одного аспекта всего хода терапии: попытки пациента заставить аналитика действовать особым образом и реакции на это аналитика. Весь процесс, очевидно, рассматривается как серия таких последовательностей, и ничего не говорится по поводу возможности перемен в последовательности хода терапии. Существует лишь различие между кратковременными и долговременными эффектами от опровержения предположений. Немедленный эффект заключается в том, что беспокойство пациента уменьшается; он более расслаблен, принимает более активное участие в аналитической работе и смелее встречает свои проблемы. Появление новых воспоминаний считается долговременным эффектом.

Можно ожидать, что чем больше авторы пытаются интегрировать дальнейшие клинические наблюдения и результаты ис-

следований процесса в свою модель, тем необходимее становится конкретизация модели и дополнение ее дальнейшими предположениями. Это могло бы позволить ей лучше описать сложность психологического процесса, хотя, возможно, в результате пострадала бы ее заманчивая простота.

## 9.4 Ульмская процессуальная модель

В разработке психоаналитической техники с самого начала отмечались две антагонистические тенденции: одна в направлении методологического единообразия, а другая — в направлении синдромо-специфического разнообразия техники. Например, в отношении *терапевтической активности* Фрейд упоминает о модификациях техники в случае фобий и неврозов навязчивостей: «...другой довольно отличный тип активности становится необходимым в свете постепенно растущего понимания того, что все разнообразие форм заболеваний, с которыми мы имеем дело, не может излечиваться при помощи одной и той же техники» (1919а, р. 165). Разработанные в рамках общих и специфических теорий невроза гипотезы о генезисе психиатрических и психосоматических заболеваний являются более или менее эмпирически обоснованными. Устанавливая диагноз и делая прогноз, мы используем свое неточное знание о том, что должно произойти, например, в психоанализе невроза тревоги, нервной анорексии или депрессивной реакции, чтобы было достигнуто улучшение симптоматики или излечение.

Терапевтический процесс начинается до первого лечебного сеанса. Уже сам факт выхода потенциального пациента на аналитика, а также способ установления им контакта и назначения встречи являются факторами, которые сами создают паттерны, оказывающие влияние на начало лечения и определяющие успешность вступления в него. Именно на этой ранней стадии встает вопрос о том, какой уровень открытости и гибкости может понадобиться аналитику для формирования ситуации так, чтобы это привело к созданию аналитической ситуации. Окончание терапевтического процесса создает возможность для овладения темами сепарации и расставания, чтобы эти специфические отношения были благоприятным образом завершены. Мы понимаем невроз переноса как *интерактивную репрезентацию* (Thomä, Kächele, 1975) внутренних психических конфликтов в терапевтических отношениях, конкретное строение которых является функцией аналитического процесса. Она уникальна для каждой диады, и поэтому психоанализ вполне обоснованно может называться исторической наукой; с другой стороны, на более высоком уровне абстракции она позволяет идентифициро-

вать типические паттерны хода анализа. Однако в упрощении, которое здесь предполагается, имплицитно содержится опасность возможного игнорирования личностных особенностей терапевта и их теоретического осмысления. Конечно, возможность придерживаться намеченной синдромо-специфичной стратегии зависит от многих неуловимых моментов, находящихся за пределами влияния аналитика. Так, события в жизни пациента часто создают новые ситуации, требующие модификации стратегии.

Пригодная процессуальная модель должна поэтому совмещать гибкость подхода к отдельному пациенту и регулярность, связанную с терапевтической задачей. В попытке удовлетворить этому требованию мы построили свою процессуальную модель на следующем наборе аксиом:

1. Свободные ассоциации пациента сами по себе не ведут к обнаружению бессознательных областей конфликтов.
2. Психоаналитик осуществляет селекцию в соответствии со своими тактическими (непосредственными) и стратегическими (долгосрочными) задачами.
3. Психоаналитические теории служат для генерирования гипотез, которые должны непрерывно проверяться на основе проб и ошибок.
4. О пригодности терапевтических инструментов можно судить по тому, достигается ли желаемое изменение; если изменения не происходит, то лечение необходимо видоизменить.
5. Мифы о единообразии в психоанализе и психотерапии ведут к самообману.

Данный перечень ясно характеризует нашу концепцию психоаналитической терапии как процесса лечения, регулируемого в соответствии со стратегическими соображениями. Такая точка зрения является совершенно необычной, поскольку, как кажется, призыв к *равномерно распределенному вниманию*, с одной стороны, и к *свободному ассоциированию* — с другой, выражает совершенно противоположный план лечения. Для того чтобы не создавать излишнего противоречия, полезно обратиться к тому, как Фрейд обосновал свои рекомендации в отношении равномерно распределяемого внимания: это превосходное средство для корректировки теоретических предубеждений и для более легкого обнаружения происхождения (фокуса) каждого отдельного заболевания. Равномерно распределенное внимание и фокусирование, таким образом, выполняют взаимодополняющие функции: функциональное состояние получения максимального количества информации (равномерно распределенное внимание) и организация этой информации в соответствии с наиболее важными углами зрения (фокусирование) чередуются в центральной зоне сознания аналитика.

Сейчас мы представляем центральное понятие Ульмской процессуальной модели: понятие фокуса. Прежде чем изучить многообразные смыслы, связанные в психоаналитической литературе с этим термином, нам бы хотелось обратиться к его этимологии. Фокусирование означает собирание вместе в одной точке лучей света, в силу чего в фокусе возникает возгорание. То, что мы придаем фокусированию важное значение в нашей концепции аналитического процесса, вовсе не подразумевает жесткую фиксацию на одной теме. Скорее мы хотим обратить внимание на ограниченную способность человека к поглощению и переработке информации, что подразумевает лишь селективное восприятие и, следовательно, фокусированное внимание.

Вначале мы упомянули, что процессуальные модели должны помогать нам делать подобные правила утверждения относительно хода лечения. Фокальная концепция процесса выполняет такую функцию. Хотя в конечном итоге мы можем отдать должное терапевтической активности (независимо от ее ориентации) только идеографическими средствами, то есть принимая во внимание отдельные диады, мы все же обнаруживаем темы, повторяющиеся в психоаналитическом процессе регулярно. Например, если пациент говорит о своих тревогах, то затем данная тема становится психодинамическим фокусом при условии, если:

1) аналитик способен выдвинуть гипотезы, которые кажутся пациенту имеющими смысл;
2) аналитику, использующему соответствующие вмешательства, удается подвести пациента к данной теме;
3) пациент может развить активный эмоциональный и когнитивный интерес к данной теме.

Наш ответ на вопрос, существует ли фокус в пациенте независимо от структурирующих вмешательств аналитика, является утвердительным, поскольку у пациента как-никак развились его собственные симптомы, но в то же время в терминах лечебной техники этот ответ является отрицательным. Имея в виду высокую степень взаимосвязанности между бессознательными мотивационными структурами, едва ли можно допустить возможность, чтобы какая-либо фокальная диагностическая деятельность не влияла на интеракционную форму фокусированной активности (см. эмпирические результаты, приведенные Габелем и др. (Gabel et al., 1981)). Когнитивные процессы аналитика, регулирующие его реакцию и избирательность и обсуждавшиеся в таких терминах, как «эмпатия» и «пробная идентификация» (Heimann, 1969), вероятно, находятся во многом за порогом сознательного восприятия. Они становятся доступными для аналитика только в результате его работы над своими аффективными и когнитивными реакциями. Для нашего понимания в целом неважно, приходит ли аналитик к своим фокусированным форму-

лировкам преимущественно в интуитивной, эмпатической манере или же он выводит их главным образом из теоретических соображений. Важным является то, чтобы фокусирование понималось как эвристический процесс, который должен показать свою полезность для прогресса в анализе. Показанием к конкретному формулированию фокуса является выдвижение на первый план общих фокальных тем, например таких, как бессознательная сепарационная тревога в разнообразных формах. Эти различающиеся в повседневной жизни пациента проявления становятся объектом детальной интерпретативной работы, которая должна ориентироваться на идеографические знания, то есть на детальные знания об индивидуальном ходе лечения.

Мы предполагаем, что в благоприятном случае в процессе проработки фокуса специфическим образом будет изменен тот способ, которым пациент (а возможно, даже и аналитик) обращается с фокальной темой. Более точные утверждения об этом процессе изменения могут быть сделаны во время анализа, только если видоизменяется также и способ рассмотрения констелляции переноса и сопротивления, рабочих отношений и способности к инсайту. Если тот же самый фокус спустя некоторое время возникнет вновь, то поднятые вопросы в принципе остаются все теми же. Однако можно ожидать, что достигнутый ранее прогресс не был утрачен и что лечение будет продолжено на более высоком уровне.

Результат можно резюмировать в следующем виде: мы рассматриваем сформированный во взаимодействии фокус как ось аналитического процесса и таким образом концептуализируем психоаналитическую теорию как *продолжающуюся, не ограниченную во времени фокальную терапию с меняющимся фокусом.*

Эта модель адекватно отражает клинический опыт, говорящий, что течение трансферентного *невроза* является переменной, которая находится в большой зависимости от аналитика. Существует множество исследований в психотерапии, изучающих влияние различных *переменных, связанных с терапевтом,* и эти переменные нужно рассматривать в рамках понимания психоаналитического процесса (см.: Parloff et al., 1978; Luborsky, Spence, 1978). Мы не можем вернуться в ситуацию, предшествующую открытию того, что психоаналитический процесс установлен и развивается во взаимодействии, интерактивно. Таким образом, в отличие от некоторых обсужденных выше моделей, мы рассматриваем последовательность фокусов как результат бессознательного обмена между потребностями пациента и открытыми аналитику возможностями. Смена аналитика, как правило, ведет к совершенно новым переживаниям. Хотя об этом феномене часто сообщалось устно, он редко рассматривался в психоаналитической литературе (например, см.: Guntrip, 1975).

Процесс, который пациент и аналитик переживают вместе, заходит в тупик, когда истощается их продуктивность, даже если лечение все еще продолжается. Некоторые процессы никогда реально не приходят в движение из-за того, что оба участника не преуспели в установлении взаимодействующего «сцепления» в проработке фокальных тем (см.: Huxter et al., 1975).

Процессуальная модель аналитика, а не только его личность оказывает влияние на ход терапии. Если аналитик, например, исходит из того, что лечение должно протекать в соответствии с предполагаемой естественной последовательностью определенных фаз развития, то он соответственно структурирует и лечение. На интенсивность и качество работы над отдельными темами влияет то значение, которое аналитик придает темам в контексте его специфического видения аналитического процесса.

Наше видение аналитического процесса не исключает того, что аналитический процесс протекает в соответствии с упорядоченной схемой развития (см. разд. 9.3).

Прежде чем детально описать Ульмскую процессуальную модель, нам бы хотелось обратиться к историческим предшественникам фокальной концепции, которые оказали очевидное влияние на нас и которые нас мотивировали. Идея о фокусе в контексте систематического анализа сновидений впервые зародилась у Френча (French, 1952):

> Мы представляем себе когнитивную структуру сновидения как констелляцию взаимосвязанных проблем. В этой констелляции имеется одна проблема, к которой сходятся наиболее глубокие проблемы и от которой иррадиируют наиболее поверхностные проблемы. *Это фокальная проблема сновидца* на момент сновидения. Каждый фокальный конфликт является реакцией на некоторое событие или эмоциональную ситуацию предшествовавшего дня, которая служит как «пусковой стимул» (French, 1970, p. 314).

Эта модель в качестве парадигмы для понимания сновидений была использована в хорошо известном исследовании консенсуса, проведенного Чикагским институтом. Одним из участников его был Кохут (Seitz, 1966, p. 212), и оно было направлено на изучение конфликтов, доминирующих на сеансах индивидуальной терапии. Было выдвинуто предположение, что предсознательное мышление в каждом из интервью имеет тенденцию концентрироваться на центральной (предположительно сгущенной и подробно определенной) проблеме. Множество ассоциаций, способных войти в сознание, сосредоточены в одной точке. Таким образом «активизируются ассоциированные, бессознательные, генетические конфликты... для эмоциональных зарядов которых характерно перенесение на отдельный перегруженный *фокальный* конфликт в предсознании». Зайц (Seitz, 1966, p. 212), вслед за Фрейдом, предположил, что

фокальный конфликт обычно состоит из текущего переноса на аналитика и лучше всего может быть теоретически понят в терминах динамики дневных остатков. Поскольку эти перегруженные предсознательные конфликты являют собой точки схождения динамических сил внутри психики, они создают полезный фокус для объединения и интеграции интерпретативных формулировок сложного, кажущегося гетерогенным ассоциативного материала, возникающего в индивидуальных интервью.

Согласно Зайцу, фокальный конфликт идентичен преобладающему в интервью переносу. Последующая разработка понятия фокуса на семинаре по фокальной терапии, описанная Маланом (Malan, 1963), привела к кристаллизации фокуса. Это понятие должно было выражать ту идею, что фокус не выбирается аналитиком, а постепенно развивается в совместной работе пациента и аналитика.

Идеи Балинта по поводу этих вопросов, которые нашли отражение в его сообщении о фокальной терапии пациента В. (Balint et al., 1972), сами находились под влиянием обсуждаемых на семинаре по фокальной терапии переживаний «вспышки». Однако Балинт пошел дальше и высказал требование, гласящее, что фокальный план не может быть построен без точной формулировки фокуса, которая в свою очередь представляет собой перевод переживания «вспышки» на словесный язык. Предполагалось, что формулировка фокуса как направляющей линии лечения должна быть «специфичной (а не обобщенной идеей вроде «гомосексуальности» или «эдипова комплекса»), четко очерченной (а не такой размытой, как, например, «отношение пациента с матерью») и недвусмысленной» (Balint et al., 1972, p. 152). Это требование специфичности формулировок представляется нам необходимым даже за пределами данного контекста. Привычные обсуждения случаев становятся неудовлетворительными, если участники этих обсуждений не идут дальше сверхобобщенных и, следовательно, почти лишенных смысла характеристик, таких, как «эдипово» или «доэдипово».

Выбор подходящего уровня абстракции, как нам кажется, представляет собой проблему, которая легче всего решается в фокальной терапии. Она предполагает преодоление бреши между диагнозом и терапией, так что у нас появляется возможность переходить от одного к другому. Требование, чтобы фокус обязательно выражался в форме интерпретации, кажется, отражает принятие многими аналитиками желаемого за действительное. Похоже, что даже Балинт попал под влияние этой идеи, когда давал совет, что «фокус должен быть выражен в форме интерпретации, так чтобы она могла даваться пациенту осмысленным образом к концу лечения» (Balint et al., 1972, p. 152).

Наше понимание фокуса, следующее за высказанной Балинтом на семинаре формулировкой, выходит за рамки концепции Френча, поскольку оно имеет отношение к структуре, которая

распространяется на более длительный временной период. При этом, разумеется, нет причин отказываться от формулировки фокуса для отдельных интервью, но с точки зрения стратегии лечения весьма желательно прорабатывать основные темы в течение более длительных периодов. Какой период является наилучшим и лучше ли его определять при помощи конкретного количества сеансов или при помощи показателя прогресса пациента — это клинические вопросы, которые необходимо решать эмпирически.

Указания для приемлемого разделения процесса лечения на части можно обнаружить в завершающих отчетах кандидатов, находящихся в обучении, которые, как правило, разбивают процесс лечения на четыре или пять фаз с тематическими заголовками.

Эти отчеты, однако, показывают также, что длительность этих фаз в значительной степени зависит от технической процедуры, используемой аналитиком. Поэтому нам необходимо отделить наше понимание фокуса от предложенного Балинтом описания фокального конфликта как фокального плана, который формулируется аналитиком для проведения лечения. Может показаться убедительным, что в короткой психоаналитической терапии выбирается *один* фокус и *только* один этот фокус и подвергается проработке, однако опыт, связанный с Гамбургским проектом фокальной терапии (Meyer, 1981b, и особенно: Gabel et al., 1981), порождает некоторые сомнения. Однако мы делаем больший упор на кооперативный аспект, постоянную работу пациента и аналитика, чьи усилия, направленные на установление фокуса, отражают творческий процесс согласия и несогласия.

В полемике вокруг работ Александера и Френча (Alexander, French, 1946) постоянно звучала критика того, что терапевт в фокусно-центрированной процедуре манипулирует пациентом. Это возражение неприменимо к нашему подходу, поскольку мы делаем упор на совместную работу над фокусом. Напротив, в нашем подходе больше открытости, чем в стандартной технике, в которой аналитик работает скрытно и часто манипулирует без достаточной рефлексии. Петерфройнд (Peterfreund, 1983, pp. 7—50), исходя из своей собственной работы и литературы, представил несколько учебных примеров таких процедур.

Ниже, для иллюстрации нашего понимания аналитического процесса, мы описываем курс лечения гипотетического пациента. Как это уже стало ясно теперь, мы используем также фокус в отношении главной темы терапевтической работы, возникшей из взаимодействия предложенного пациентом материала и усилий аналитика, направленных на понимание. Мы полагаем, что пациент может предъявлять в данный период времени различ-

ный материал и формирование фокуса достигается только благодаря избирательной деятельности со стороны аналитика. Относительно процесса мы ожидаем, что совместная работа над фокусом выведет на дальнейшие существенные вопросы, которые могли обозначиться только на базе предшествующей работы.

Давайте рассмотрим пример, в котором пациент на начальной фазе предлагает четыре различные темы. Мы понимаем эти четыре предложения в смысле идеи Френча о «ядерных конфликтах» (French, 1952, 1970) как инфантильные конфликтные констелляции, которые являются бессознательными, психогенетически приобретенными структурами, детерминирующими симптоматику и характер пациента.

Указание определенного числа первоначальных предложений является произвольным, поскольку в психоаналитической теории концептуализировано большое число детских конфликтов. Мы можем идентифицировать большее или меньшее число ядерных конфликтов или даже усмотреть другие ядерные конфликты в соответствии с тем, куда мы направляем свое внимание, которое в свою очередь зависит от нашей теории. Ожидаемое число ядерных конфликтов, вероятно, понижается при более специфичных нарушениях и повышается при более серьезных нарушениях. На диагностическом этапе начального интервью (время $T_0$; см. гл. 6) аналитик стремится получить первое впечатление о возможных конфликтах, в данный момент независимое от терапевтических интерпретаций. Когда далее, по ходу начального интервью, делаются первые терапевтические шаги (время $T_1$), формируется первая фокальная констелляция ($F_1$); ее полезность должна быть продемонстрирована на первой фазе лечения. При идентификации сущности этой констелляции мы тщательно придерживаемся предложенных Френчем критериев описания *фокального конфликта*, которое требует информации об источнике (бессознательные, инфантильные стимулы), о запускающих причинах (недавние и текущие события), об основных формах защит и попытках решений.

В отличие от Френча мы не хотим делать утверждений количественного характера относительно временного периода, в течение которого данная фокальная тема является доминирующей. В некоторый момент (мы не замахиваемся на большую точность) работа над первым фокусом открывает доступ ко второму ($F_2$). В нашем примере работа над этим вторым фокусом возвращает назад к первому фокусу, который затем становится центром работы, хотя и в несколько качественно отличающейся форме ($F_1$).

В нашем примере первоначальный, основанный на диагнозе фокус $F_1$ представляет собой основную тему, лейтмотив всего процесса. Это соответствует хорошо подтвержденному клиниче-

скому факту, что отдельные фокусы увязаны друг с другом через центральный конфликт. В схематическом виде примером может служить истерическое нарушение; в неосложненном случае первичным конфликтом является сфера позитивных эдиповых отношений. Однако в то же время нарушение может также вовлекать негативную эдипову область ($F_2$), а также анальную ($F_3$) или оральную ($F_4$) конфликтные темы, которые могут и в зависимости от структуры аналитического процесса, вероятно, будут возникать в качестве вторичного фокуса в анализе.

В этом отношении мы придерживаемся предположения, высказанного Люборским (Luborsky, 1984), который смог эмпирически продемонстрировать точность этой классификации конфликтных тем. Он назвал такую основную трансферентную проблему ядерной темой конфликтных отношений (core conflictual relationship theme). Эта хорошо обоснованная в теоретическом и практическом планах концепция центральной конфликтной динамики, направляющая терапию, может также служить основой и для фокальной процедуры (Balint et al., 1972; Klüwer, 1985; Malan, 1963; Strupp, Binder, 1984), объектом которой выступает овладение таким главным конфликтом, который предположительно можно увидеть в начальном интервью (см. также: Leuzinger-Bohleber, 1985). Другие фокусные точки в нашем примере ($F_2$, $F_3$, $F_4$), как это легко себе представить, встречаются и обрабатываются в ходе лечения. При этом каждая из них предоставляет новые средства доступа к главному трансферентному пункту $F_1$.

Конечно, в дидактических целях нами был выбран весьма огрубленный пример хода лечения. Используя нашу модель в зависимости от цели, можно описывать процесс на разных уровнях дифференциации.

Возвращаясь к метафорическому описанию психоанализа как исследования дома, скажем, что изучение интерьера преимущественно вращается вокруг комнаты, которая в силу своего центрального расположения определяет доступ к другим помещениям, но в эту комнату также можно попасть из различных соседних комнат.

Мы не собираемся здесь детально вдаваться в другие разнообразные положения, являющиеся частью нашей модели. Мы ставили своей целью лишь представить схему для концептуализации психоаналитического процесса, удовлетворяющую ряду критериев, которые мы считаем релевантными. Должно стать очевидным, что стереотипное видение процесса вносит излишнюю ригидность в психоаналитическую работу. Наша модель создает рамки для понимания психоаналитических процессов в самых разных обстоятельствах и может применяться как в краткосрочной, так и в длительной терапии. Она совместима с разнообразными теоретическими подходами в психоанализе, ис-

пользующимися как средства, облегчающие понимание того материала, который предлагается первоначально пациентом.

Мы считаем, что наша концепция процесса исходит из социальных наук и находится в полной оппозиции к тем теориям процесса, которые основаны на представлении, что процесс есть естественно возникающий феномен, и которые развиваются там, где формирование школ и формирование идеологий неразделимы.

Психоаналитический процесс, как мы его понимаем, живет благодаря своему разнообразию и открытости, оставляющей пространство для творчества, но сам себя ограничивает, как только возникает конкретность. Таким образом, модель не диктует, будет ли на следующем сеансе развиваться та же самая тема или же под воздействием ситуационных стимулов оживет другой фокус. На каждом сеансе с неизбежностью возникает ситуация, при которой необходимо принимать решение в отношении того, какое направление следует выбрать. Аналитический процесс пребывает в диалектическом напряжении между концепцией, заявляющей, что «путь является целью» (von Blarer, Brogle, 1983, p. 71), и фактом, что не существует такого явления, как бесцельное странствие. Время от времени оба странника делают остановку и углубляются в тему, которая обоим кажется значимой. Привлекательная метафора фон Бларера и Брогле об аналитическом процессе как пути, на который аналитик и анализируемый «вступили с момента первого интервью», может быть принята, если допустить, что путь ведет от проблем к их решению.

Мы хотим противопоставить концепцию процесса как продолжающейся не ограниченной во времени фокальной терапии с качественно меняющимся фокусом фиктивной идее о чистом психоаналитическом процессе. Мы привержены гибкой процессуальной модели, то есть технике, которая является эвристически ориентированной, годной для поиска, обнаружения и открытия и направленной на создание наилучших из возможных условий для перемен. Мы убеждены, что традиционные правила психоаналитической процедуры содержат много полезного, но они становятся непродуктивными, если метод сам по себе считается целью. То же самое относится к концепциям процесса. Они обладают функцией предоставления ориентиров и прежде всего являются инструментами, помогающими аналитику в организации его собственной работы и облегчающими необходимое общение между аналитиками. Они начинают представлять угрозу для терапии, если рассматриваются как неизбежная реальность и поэтому не подвержены постоянному необходимому пересмотру.

# 10 Отношение между теорией и практикой

## 10.1 Призовой вопрос Фрейда

Шестьдесят лет назад Ференци и Ранк (Ferenczi, Rank, 1924) попытались прояснить «отношения между аналитической техникой и аналитической теорией» и исследовать, «в какой степени техника повлияла на теорию и насколько они обе помогают или мешают друг другу». Это — призовой вопрос Фрейда (1922d, pp. 267—270). Сравним теперь сегодняшние проблемы с проблемами того времени. Несколько общих наблюдений проверку временем выдержали. Например, Ференци и Ранк полагали, что для проверки гипотез требуется как индуктивно-эмпирическая процедура, так и дедуктивная процедура. Они писали:

Возможно, не будет преувеличением утверждать, что этот взаимный контроль познания опытом (данные факты, индукция) и опыта предыдущим знанием (систематизация, дедукция) является единственным способом, который может удержать науку от ошибок. Дисциплина, использующая только один из этих путей исследования или пытающаяся избежать контроля перепроверкой, обречена на потерю твердой почвы под ногами: голые факты из-за отсутствия в них плодотворной идеи, чистая теория из-за преждевременного всезнания будут вызывать потерю мотивации дальнейших исследований (Ferenczi, Rank, 1924, p. 47).

Оценивая взаимодействие теории и практики, необходимо отличать растущее богатство знания и его систематизацию в целом в рамках специфических теорий неврозов от их успешного терапевтического приложения. Факт, что теоретическая фаза (в которую Ференци и Ранк включали, например, знание о бессознательных эмоциональных механизмах) опережала терапевтическое мастерство, заставил аналитиков придавать огромное значение воспоминанию и рациональному реконструированию прошлого. Объектом критики был терапевтически неэффективный «фанатизм интерпретации», идущий от этиологической теории.

Другой аспект этой проблемы можно проиллюстрировать примерами терапевтической функции воспоминания, интерпре-

тирования и реконструкции истории раннего детства. Этиологическая теория всегда исходила из положения о том, что существенную роль в генезисе эмоциональных заболеваний играет эмоциональная и аффективная часть вытесненных воспоминаний. Таким образом, в фанатизме интерпретации теоретическое знание переводилось на язык терапевтической практики односторонне и неполно. Нам бы здесь хотелось прояснить общее место, приведя цитату из «Поэзии и правды» Гёте: «Теория и практика всегда влияют друг на друга: из поступков людей можно увидеть, что они думают, и из их мнений предсказать, что они будут делать».

Ференци и Ранк использовали выражение «фанатизм интерпретации», критикуя терапевтическую неплодотворность способа, трансформации терапевтического знания. Они явно считали, что знание, которое уже систематизировано, применялось многими их коллегами неполно с точки зрения техники, при том что теоретические представления их коллег о бессознательном психическом содержании могли быть совершенно правильными.

Чтобы описать существующий сегодня диапазон мнений, мы можем сослаться на обсуждение отношений между психоаналитической теорией и техникой собранием выдающихся аналитиков. Подробный отчет Ричардса (Richards, 1984) о вводном докладе Валлерстейна, выступлениях Рэнгелла, Кернберга и Орнстейна и комментарии участников обсуждения дают хорошее представление о бытующих сегодня взглядах.

Ференци и Ранк говорили о circulus benignus[1], то есть о «взаимовыгодном влиянии теории на практику и практики на теорию» (Ferenczi, Rank, 1924, p. 47). Однако они в равной степени подчеркивали также и circulus vitiosus. Рэнгелл рассматривает прогресс как «прогрессивную проработку терапевтического процесса в последовательности, прямо связанной с экспансией этиологической теории» (цит. по: Richards, 1984, p. 588). В качестве примера приводится эгопсихология; она «помещает анализ защит на одну плоскость с анализом содержания влечений» (Richards, 1984, p. 588). Поскольку, согласно такой точке зрения, все теоретические положения, включая метапсихологические как наиболее трудные для понимания, так или иначе связаны с техникой лечения, Рэнгелл способен найти связь, кажущуюся тесной и непротиворечивой. Даже если теория в какой-то момент будет развиваться быстрее, чем техника, тем не менее, скорее всего, и то и другое находится в процессе роста, описываемом как эволюционный.

---

[1]Благотворный круг (*лат.*).

Рэнгелл, соответственно, видит проблемы лишь там, где общий взгляд ограничен теоретической или практической односторонностью. В идеале теория и техника прекрасно дополняют друг друга. Тогда возникает впечатление, что психоанализ и дальше мог бы прогрессивно развиваться по спирали эволюции, по пути circulus benignus, если бы базой развития продолжали служить все те же знакомые основания. А.Фрейд (A.Freud, 1954а) придерживалась сходной точки зрения. Рэнгелл объясняет ошибки техники или теории односторонностью — личной или присущей определенной школе, переоценкой или отрицанием каких-либо факторов — теми же самыми ошибками, которые с самого начала критиковали Ференци и Ранк.

Однако не объяснено, что же следует классифицировать как ошибку. Рэнгелл даже не поднимает вопроса о том, что характеризует научную валидность теории. Он также не обсуждает проблему терапевтической эффективности и не задается вопросом, до какой степени теория и практика поддерживают или тормозят друг друга. Таким образом, он не касается основных проблем, он лишь создает впечатление изумительной гармонии. Самые абстрактные компоненты метапсихологии кажутся имеющими отношение к клиническим наблюдениям ровно настолько, насколько, наоборот, аналитический опыт представляется включенным в основные направления, казалось бы, установленной теории. Рэнгелл не упоминает, что, несмотря на десятилетия усилий, самым умным аналитикам не удалось определить правила соответствия между различными уровнями абстракции теории и что потерпели фиаско как попытки улучшить внутреннюю согласованность теории (Hartmann et al., 1953), чтобы она была релевантна практике, так и создать широкого диапазона систематизацию (Rapaport, 1953). Поскольку Рэнгелл исходит из представления о продолжающемся развитии теории и техники в тесной взаимосвязи, ему не нужно искать какие-либо нарушения, являющиеся результатом непропорционального развития одной или другой стороны. Для Рэнгелла такие нарушения коренятся почти исключительно в индивидуальном или специфическом недопонимании данной школой техники или теории. Его интересует не истина психоаналитических теорий и эффективность и оптимизация техники; слабые места и недостатки существуют где-то еще, а именно в самом аналитике, которому из-за его личных особенностей не удается достичь осознания стандартов технического и теоретического знания. Хотя само собой разумеется, что каждый психоаналитик может воплотить только определенную часть всего теоретического и технического знания, накопленного в действующем психоаналитическом сообществе и литературе в течение века, аргументация Рэнгелла ad hominem равным образом устарела. Эта аргументация делала

прояснение научных проблем всегда затруднительным, а иногда — невозможным.

Валлерстейн (см.: Richards, 1984), напротив, сомневается в истинности той догмы, что техника и теория так тесно связаны, что любое изменение в теории должно также привести к модификациям техники. По его мнению, теория очень значительно изменилась в течение века, но довольно трудно продемонстрировать, как вследствие этого изменилась техника. Степень соответствия между теорией и техникой, следовательно, гораздо меньше, чем это обычно утверждается, что приводит Валлерстейна к рекомендации рассматривать отношения между ними без предубеждения.

Для этого необходимо выйти на уровень практики и исследовать те проблемы, которые по большому счету избегались в результате утверждения, что теория и техника способствуют друг другу в бесконечном circulus benignus. Наивный взгляд, согласно которому можно предполагать существование circulus benignus без эмпирического исследования, мешает общему прогрессу, потому что он не принимает во внимание требования, которое необходимо предъявить практике, если считать, что теория и техника благотворно влияют друг на друга.

Во избежание каких-либо недоразумений следует подчеркнуть, что за последние десятилетия произошли, конечно, значительные развитие и изменения. Отличным примером взаимосвязанного развития теории и техники является Я-психология Кохута, от которой отталкивался Орнстейн, согласно отчету Ричардса (Richards, 1984). Однако нельзя приравнивать взаимозависимое развитие техники и теории утверждению, что они способствуют друг другу в смысле взаимного прогресса, делающего теорию *более соответствующей истине*, а технику *эффективнее*. Кохут, наряду со многими другими психоаналитиками, считает, что практические приложения и теория составляют полное «функциональное единство»:

> В большинстве наук существует более или менее ясное разделение между сферой практического, эмпирического приложения и сферой формирования концепций и теории. Однако в анализе эти две сферы... сливаются в одно функциональное единство (Kohut, 1973, p. 25).

Простое представление о том, что повышение эффективности техники и приближение теории к истине взаимозависимы, питается унаследованной от Фрейда мыслью о неразрывности терапии и исследования. Между лечением и познанием, а значит, между эффективностью и истиной, существует неразрывная связь. В следующих разделах мы остановимся на вопросах и проблемах, касающихся этой неразрывной связи. Мы думаем,

что можем предложить общее описание отношений между теорией и техникой на основе тех тезисов Фрейда, которые относятся к концепции неразрывной связи.

Неудача Ференци и Ранка становится более понятной в свете нашего сегодняшнего знания о том, что в основе их аргументации лежали лишь известные процессы групповой динамики. «Растущая дезориентация аналитиков, особенно в отношении практических технических вопросов», которую авторы надеялись четко объяснить, представляет собой часть истории психоаналитической парадигмы. По многим причинам трансформация терапевтической парадигмы в метод исследования, соответствующий психоанализу как науке по Куну (Kuhn, 1962) могла происходить только очень постепенно. Сейчас очевидно, что валидность психоаналитической теории происхождения болезней, которые хотя бы частично являются психическими по этиологии, нельзя оценивать по тому же самому критерию, что и теорию техники лечения.

## 10.2 Психоаналитическая практика в свете неразрывной связи

Описывая отношения между терапией и теорией, между практикой и исследованием, Фрейд выдвинул следующие три тезиса:

С самого начала в психоанализе существовала *неразрывная связь между лечением и исследованием.* Знание приносило терапевтический успех. Было невозможно лечить пациента, не узнав что-то новое; было невозможно достичь нового инсайта, не увидав его благотворных результатов. Наша аналитическая процедура является единственной, где это драгоценное соединение непременно. Только *в заботах о человеческой душе* мы можем углубить наше брезжущее *постижение* душевной жизни человека. Именно такие научные достижения составляют самое величавое и счастливое следствие аналитической работы (1927a, p. 256; курсив наш).

Случаи анализа, которые приводят к благоприятному разрешению за короткое время, ценны тем, что они способствуют самооценке терапевта и подтверждают *медицинскую важность* психоанализа; но они остаются большей частью незначительными с точки зрения продвижения вперед *научного знания.* Из них нельзя научиться ничему новому. Фактически они и достигают успеха так скоро потому, что все, что было необходимо для их завершения, уже было известно. Что-то новое можно добыть только из тех случаев психоанализа, которые представляют особые трудности, на преодоление которых уходит очень много времени. Только в таких случаях нам удается опуститься на самые глубокие и примитивные уровни душевного развития и там найти решение проблем более поздних психических образований. И тогда мы чувствуем, что, строго говоря, лишь *анализ, который проник так далеко, заслуживает своего названия* (1918b, p. 10; курсив наш).

Я уже говорил вам, что психоанализ начинался как метод лечения, но я бы не хотел привлекать ваш интерес к нему как к методу лечения, он достоин интереса благодаря *истинам, которые он содержит*, благодаря информации, которую он нам дает о том, что прежде всего имеет отношение к человеку, его собственной природе, и благодаря связям между самыми различными сферами деятельности человека, которые он раскрывает. В качестве метода лечения он — один среди многих, хотя наверняка primus inter pares. Если бы он не представлял терапевтической ценности, он не был бы открыт именно так в связи с больными людьми и не получил бы развития в течение более чем тридцати лет (1933a, pp. 156—157; курсив наш).

Эти фрагменты раскрывают высокие требования, которые Фрейд предъявлял «истинному» анализу. Тезис неразрывной связи между теорией и терапией может утверждаться только в том случае, если причина терапевтической эффективности психоаналитической практики лежит в истине достигнутого знания. Это утверждение нелегко доказать, потому что неразрывная связь не возникает сама по себе. Такое представление является иллюзией, при которой каждый случай анализа рассматривается как смелое предприятие в терапии и исследовании. Драгоценное соединение эффективной терапии и истинного познания как результат психоаналитического метода не может считаться непременной чертой психоаналитической практики. Должны быть удовлетворены определенные условия, прежде чем станет оправданным утверждение, что эта неразрывная связь существует. Нам бы хотелось попытаться определить эти условия с помощью рациональной реконструкции отношений между теорией и практикой.

Один из аспектов утверждения Фрейда о неразрывной связи касается условий, при которых происходит психоаналитическое познание, — контекст открытия, то есть все, что связано с открытиями и приобретением знаний. Применительно к практике контекст, в котором обнаруживается психоаналитическое знание, является предметом психоаналитической эвристики, которая занимается вопросами о том, как возникают интерпретации у аналитика и какие выводимые путем заключения процессы формируют основу аналитического открытия специфических диадических отношений. Клинические обсуждения прежде всего касаются эвристики. Это касается раскрытия бессознательных желаний, которые влекут за собой конфликты, когда сталкиваются с реальностями жизни. По этой причине принцип удовольствия, хотя несколько преображенный, продолжает играть ведущую роль в психоанализе даже после того, как метапсихология ушла в небытие. В психоаналитической эвристике очень важна открытость, которая отдает дань разнообразию возможных взаимоотношений.

> Случаи заболеваний, попадающие в сферу наблюдения психоаналитика, конечно, неравноценны в познавательном смысле. Бывают такие случаи, для которых ему приходится привлекать все, что ему известно, и из которых он вообще ничего не узнает нового; и бывают другие случаи, показывающие ему то, что он уже знает, особенно выразительно и отчетливо, так что он обязан им не только подтверждением, но и расширением своих знаний (Freud, 1913h, p. 193).

Здесь следует прокомментировать проблему контекстов открытия и подтверждения, различие между которыми ввел Рейхенбах (Reichenbach, 1938). Хотя их полезно различать, мы не рассматриваем это как радикальную дихотомию и поэтому в противоположность Попперу (Popper, 1969) не относим к сфере иррационального мистицизма вопрос о том, как что-либо приходит в голову врачу и ученому, и, следовательно, всю эвристику открытий вообще. По нашему мнению, Спиннер (Spinner, 1974) совершенно убедительно показал, что строгое различение между контекстом открытия и контекстом подтверждения неадекватно ни с эвристической точки зрения, ни с точки зрения подтверждения и обоснования в процессе исследования (Spinner, 1974, pp. 118, 174ff., 262ff.). Конечно, нам придется признать, что этого различия в психоанализе по большому счету вообще не делается. В противоположность научному кредо Фрейда функция, которую многие аналитики приписывают эвристике, контексту открытия, значительно превышает пределы специфических диадических отношений.

В диаде терапевт является также и исследователем в той степени, в какой он проводит свое исследование при помощи общих психоаналитических средств (например, свободные ассоциации, признание контрпереноса, интерпретативное вмешательство). Такое исследование является «материнской почвой» (Mutterboden) для формирования психоаналитической теории. Поэтому в своей 34-й лекции Фрейд сказал воображаемой аудитории:

> Как вам известно, психоанализ возник как метод лечения; он это перерос, но не оставил свою материнскую почву, и его углубление и развитие все еще связано с пациентами. Накопленные впечатления, из которых мы выводим наши теории, не могли бы быть получены никаким другим способом (Freud, 1933a, p. 151).

Психоаналитическое исследование в диаде заключается в получении аналитиком знаний о пациенте и его отношении к терапевту. Далее мы описываем такое знание, как *специфически диадическое*. Лечение является результатом того, что аналитик делится с пациентом своими впечатлениями, включая аффективные процессы взаимодействия (перенос и контрперенос), в соответствии с правилами данного искусства, то есть в форме интерпретаций. Такая специфически диадическая передача знаний

в ходе лечения стимулирует пациента к дальнейшему размышлению о своем опыте и особенно о своих бессознательных мотивах. Описываемая форма размышлений пациента называется инсайтом. Следствием процесса инсайта является то, что на поверхность можно вывести новый материал, который в свою очередь означает увеличение знаний и позволяет пациенту достичь новых инсайтов, приводящих к излечению. Те знания, которые сообщаются пациенту в интерпретациях, нужно четко отличать от знаний, являющихся результатом «накопленных впечатлений», которые в самом общем виде и образуют теорию *психоанализа.*

Хотя специфически диадическое знание приобретается на фоне гипотез, исходящих из психоаналитической теории, оно может привести к расширению и модификации существующих предположений. Следовательно, познание приводит к более общей форме, которая в свою очередь дает теоретический фон получения новых специфически диадических инсайтов. Получение психоаналитического знания следует по *герменевтическому циклу.* Следовательно, утверждение Фрейда о существовании неразрывной связи в аналитической практике не исходит непосредственно из общей теории, но идет по пути специфически диадического знания. Это подразумевает дифференциацию концепции исследования, которая нам помогает и дает облегчение. Полевой этолог проводит исследования, не будучи обремененным необходимостью одновременно строить общие теории. Как и психоаналитик, он развивает свои теории за столом, а не в поле. Специфически диадическое познание, следовательно, представляет особый шаг в исследовании; однако этот шаг можно предпринимать только в психоаналитической ситуации. Одно ответвление этого знания идет в направлении общего теоретизирования, другое — в направлении эффективного общения. С этой точки зрения особый вид знания — специфически диадическое знание — достигается при применении единообразной процедуры, которая в одно и то же время является и методом исследования, и методом лечения. Следовательно, тезис о неразрывной связи означает, что:

1. Лечение является результатом специфически диадического знания, передаваемого пациенту, то есть аффективного и интеллектуального опыта в диаде, который перерастает в знание.
2. Знание должно быть передано технически правильным способом, то есть согласно правилам искусства терапии.
3. Терапевтическая техника ведет к дальнейшим и более глубоким инсайтам о психической деятельности пациента и его отношении к аналитику, то есть терапевтическая техника способствует увеличению специфически диадического знания.

32- 1030

Психоаналитическая практика ориентируется на накопленное психоаналитическое знание. Чтобы прояснить дальше отношения между теорией и практикой в свете утверждения их неразрывной связи, мы хотим дифференцировать психоаналитическое знание, что позволит описать более точно, какое знание является ведущим в деятельности аналитического исследования и лечения.

*Описательное и классифицирующее знание* дает ответ на вопрос о том, *чем* нечто является, а не на вопрос, *почему* оно существует. Оно служит для описания и классификации и излагает факты, необходимые для составления карты данного предмета, подлежащего психоаналитическому рассмотрению. Утверждения об отношениях, относящихся к этому виду знания, являются только корреляционными; они не дают никакой информации о зависимой или обусловленной природе отношений. Примером в клинической сфере является знание о формах поведения и переживаниях специфических для определенных психических заболеваний, например знание, что сильная потребность в контроле часто наблюдается при неврозах навязчивых состояний и что потребность в привязанности, страх сепарации и более или менее скрытые виды агрессии часто наблюдаются при невротических депрессиях. В этом смысле всю область симптоматологии можно рассматривать как относящуюся к описательному и классифицирующему знанию.

*Причинное знание* отвечает на вопрос, *почему* что-либо происходит, как соотносятся вещи, какие существуют отношения взаимозависимости между данными фактами и как они влияют друг на друга. Этот вид знания, следовательно, дает обоснование психоаналитическим объяснениям. Два следующих утверждения из клинической области являются примерами причинного знания. Во-первых, пациенты, которые стали осознавать агрессивные компоненты своей личности благодаря интерпретациям, но изгнали их из своего сознания, будут отрицать свои агрессивные импульсы, когда удовлетворяются определенные граничные условия. Во-вторых, если обращаться к мыслям, чувствам и ощущениям, находящимся за пределами области сознания субъекта, он реагирует в форме защит. Вторая из этих гипотез, а обе принадлежат теории защит, сформулирована на более высоком уровне абстракции, чем первая. В этом смысле клиническое знание этиологии и патогенеза психических болезней можно рассматривать как причинное знание.

*Знание о лечении и изменении* (Kaminski, 1970, pp. 45—46) считается полезным для *практики*. Этот вид знания определяется его отношением к действию и включает утверждения о способности создавать явления и условия, которые необходимы для эффективного достижения некоторых целей. Следовательно, это знание имеет отношение к явлениям и фактам, еще не су-

ществующим, и, таким образом, к целям, достигаемым с его помощью. В противоположность причинному знанию, описанному выше, знание о лечении и изменении ничего не сообщает об условной природе отношений при данных обстоятельствах, но скорее говорит о создании определенных обстоятельств посредством действия. Следующие утверждения являются примерами этой формы знания, которое ради ясности мы называем знанием действия: (а) если аналитик возвращает пациенту все его вопросы, появляются последствия, нежелательные для психоаналитического процесса; (б) если аналитик просто игнорирует, а не признает правдоподобие комментариев пациента, дальнейшее восприятие пациентом реальности подвержено неблагоприятному влиянию; (в) если сопротивление пациента осознанию определенного содержания возрастает все больше вследствие предыдущих интерпретаций этого содержания, если аналитик боится, что пациент может совершенно закрыться и замолчать, аналитику рекомендуется отказаться от интерпретаций, имеющих отношение к содержанию, и вместо этого обсуждать сопротивление. Такие утверждения, особенно если они касаются техники психоаналитического лечения, можно классифицировать как знание о лечении и изменении.

На основании такой дифференциации мы можем сказать, что клинические психоаналитические исследования и лечение в различных сферах направляются знанием об изменении (о лечении), например знанием о типе изменения. Напротив, описательная (классифицирующая) и причинная формы знания, тоже возникающие в клинической ситуации, не возникают исключительно или *специфически* здесь; их должен продуцировать процесс размышлений аналитика вне клинической ситуации. Причинное знание, которое составляет предмет теории психоанализа, может быть только результатом скорее неэксплицитной мысленной переработки опыта. С одной стороны, описательное (классифицирующее) знание находится в оппозиции к причинному типу знания и к знанию о лечении и изменении, поскольку описательное знание не содержит утверждений о причине и результате. С другой стороны, знание об изменении как техническая форма знания противопоставляется описательному и причинному знанию, которые являются теоретическими формами знания. Техническое знание говорит нам о том, как мы можем действовать; теоретическое знание дает нам инсайты о природе вещей. Как соотносятся эти две формы знания? Например, можно ли техническое знание (знание об изменении и лечении) вывести из теоретического знания (описательного или классифицирующего знания и причинного знания)? Эти вопросы приводят нас к проблемам, обычно обсуждающимся в рамках *контекста обоснования*.

## 10.3 Контекст обоснования знания об изменении

В рамках контекста обоснования обычно встает вопрос о точности сделанных утверждений, то есть об обосновании того, что утверждение является точным (истинным). Существует по меньшей мере два вида обоснований. Во-первых, мы можем обосновать точность утверждения в процессе выведения утверждения из существующего объема знаний, истинность которого уже установлена. Во-вторых, точность утверждения может быть подтверждена эмпирически при обращении к собственному опыту, что позволяет увидеть, отражает ли предположение реальность. Ниже, при рассмотрении знания об изменении внутри контекста обоснования, нас будет интересовать первый из этих двух подходов. Мы задаемся вопросом, можно ли логически вывести точность и установить эффективность рекомендации для действия из психоаналитического причинного знания или необходимо обращение к другой форме знания. Например, возникает вопрос, можно ли объяснить и обосновать психоаналитическим причинным знанием (и, следовательно, теоретическим знанием) утверждение о том, что сопротивление пациента может быть эффективно разрешено путем его интерпретирования. Мы подробно представим два подхода, которые нам кажутся наиболее важными.

Широко распространено *положение о непрерывности* (Kontinuitatsannahme), как его называет Вестмейер (Westmeyer, 1978, p. 111). В теории науки в ряды его приверженцев входят Альберт (Albert, 1960), Вебер (Weber, 1968), Прим и Тилманн (Prim, Tilmann, 1973); в психиатрии — Мёллер (Möller, 1976); в психоанализе — Райтер (Reiter, 1975); а в бихевиоральной терапии — Айзенк, Рахман (Eysenck, Rachman, 1968) и Шульте (Schulte, 1976).

Показательно утверждение Вебера (Weber, 1968, p. 267), что необходимо лишь изменить в обратном порядке последовательность утверждений об отношениях и условиях, чтобы получить информацию о том, как что-либо можно изменить. Также говорят, что эффективное знание об изменении является результатом обратного изменения истинных утверждений об отношениях. Предположим, что следующее психоаналитическое утверждение является точным: «Если пациент осознает бессознательные процессы, то основанные на них патогенные конфликты разрешаются». Тогда результатом должно быть следующее эффективное знание об изменении: «Чтобы разрешить патогенные конфликты, пациент должен стать способным осознавать бессознательные процессы, на которых они основаны». В этом смысле следует понимать следующие утверждения: «Если некто понял нечто правильно, тогда он может это сделать», «Если не-

кто может нечто сделать, тогда он это понял правильно». В этих утверждениях понимание и совершение действия предполагаются взаимосвязанными с самого начала. Постижение природы чего-либо предположительно является достаточным для того, чтобы некто смог это сделать, и, если кто-либо способен что-либо делать, люди предполагают, что он это понял. В этом случае правильное понимание чего-либо должно идти рука об руку с соответствующим успешным совершением действия; правильное понимание и успешное проделывание должны образовать континуум. Это неверно по многим причинам, и мы сейчас прокомментируем две самые важные из них.

В целом утверждения о связях и условных соотношениях предполагают только идеальные условия, то есть сфера, к которой приложимы эти утверждения, имеет значительно меньшее количество вариаций, чем реальность. Например, в находящейся под контролем лабораторной ситуации существует меньше разнообразных возможностей, чем в реальной жизни. Мы сталкиваемся с сильной идеализацией и абстрагированием при рассмотрении различных особенностей (параметров и переменных), например, в экспериментах Скиннера. Есть значительные различия между тем, как человек учится в реальной жизненной ситуации, и тем, как это делает крыса в ящике Скиннера, и эти различия необходимо учитывать, когда, например, учитель хочет вмешаться в процесс обучения своего ученика. То, что является достаточным для теоретика, чтобы объяснить поведение в ограниченных (идеальных) условиях, ни в коем случае не достаточно для практика, который вмешивается в сложную ситуацию реальной жизни в целях модификации поведения. Различие между идеализированной сферой и реальной сферой деятельности практика является одной из причин того, что бихевиоральная терапия, согласно ее собственному исходному пониманию себя, потерпела неудачу в качестве прикладной теории обучения и не смогла продемонстрировать, что выполняющиеся в лабораторных экспериментах законы обучения являются достаточным основанием для эффективной практики.

Причинное знание дает информацию о том, какие факты являются предпосылкой для других фактов, но не о том, какие действия к каким фактам приводят. Например, утверждается, что определенное состояние А ведет к другому состоянию Б. Будучи в положении практика, я должен задать себе вопрос, как я могу получить состояние А, чтобы оно могло привести к состоянию Б. Следовательно, аналитику приходится спрашивать себя, как он может сделать бессознательные процессы сознательными, чтобы разрешить патогенные конфликты. На практике недостаточно знать предпосылки и следствия — *что* и *поче-*

*му*. Действующий должен знать, *как* создать необходимые условия.

Поэтому нельзя использовать положение о непрерывности для объяснения и обоснования гипотезы об эффективности (которая относится к знанию об изменении), ссылаясь на причинное знание.

*Подход со стороны обоснования* Бунге (Bunge, 1967) учитывает разумные возражения против предложения о непрерывности. Основные различия между этим подходом и положением о непрерывности заключаются в том, что переход от причинного знания к знанию об изменении происходит не непосредственно, а через промежуточный шаг и что этот переход скорее эвристичен, а не объясняет происходящее.

Типичным исходным положением является следующее: «Когда возникает угроза, что вытесненные конфликты достигнут сознания, сопротивление этим конфликтам увеличивается». Это можно трансформировать в номопрагматическое утверждение, расширив его до включения понятий, связанных с действием: «Когда аналитик интерпретирует вытесненные конфликты пациента, защиты пациента усиливаются». Все же интерпретация вытесненных конфликтов пациента не то же самое, что угроза осознания этих конфликтов. Также невозможно вывести первое утверждение из второго, потому что понятие первого не содержится в последнем. Утверждение об интерпретации вытесненных конфликтов нельзя вывести прямо из причинного знания. Необходимо еще и ввести понятие действия, такое, как «интерпретировать».

Наконец, для того, чтобы установить правило для практики, номопрагматическое утверждение изменяется с точностью до наоборот: «Если необходимо усилить защиты пациента, рекомендуется интерпретировать его вытесненные конфликты» или «Если надо ослабить защиты пациента, рекомендуется не интерпретировать вытесненные конфликты». Это обратное утверждение невозможно точно подтвердить, поэтому оно остается под вопросом (Perrez, 1983, p. 154).

Поскольку ни шаг 1 (от причинного знания к прагматическому утверждению), ни шаг 2 (от номопрагматического утверждения к правилу лечения) нельзя точно подтвердить, подход со стороны обоснования Бунге тоже терпит неудачу в попытке превратить знание об изменении в причинное знание. Бунге даже считает, что из подтвердившихся теорий (там, где речь идет о причинном знании) можно вывести неэффективные правила для действия, и наоборот. Хотя лишь благодаря совпадению совершенно неточное измерение каких-либо условных связей может привести к эффективному овладению ими, однако даже и верная теория не сможет дать строгого объяснения и обоснова-

ния практической эффективности (например, излечение невроза психоаналитической техникой) из-за вышеупомянутого отношения между причинным знанием и знанием об изменении. Бунге обсуждает как проблему идеализации (менее релевантную для психоанализа, потому что психоаналитическая теория развивается в тесной связи с практикой), так и различие между знанием о том, что и почему, и знанием о том, как, и показывает, что таким образом нельзя преодолеть создавшиеся затруднения. Взамен он предлагает другую возможность для знания о лечении: использовать технологические теории или технологию вместо причинного знания. Уиздом (Wisdom, 1956), философ с психоаналитической подготовкой, впервые создал оригинальный вид подобной «психоаналитической технологии».

Технологии тоже являются теориями, и все же они отличаются от вышеупомянутых теорий, включающих описательное знание, своим прикладным, а не чисто научным характером, то есть они прямо относятся к действиям, создающим особые условия. Технологии охватывают более общее техническое знание (в противоположность конкретным правилам изменения или знанию о лечении), пригодное для получения знания и о лечении, и об эффективных правилах действия на основе знания о лечении. Они имеют отношение к тому, что может и должно быть сделано в частном случае для создания, избегания, изменения или улучшения чего-либо.

Бунге (Bunge, 1967) различает два вида технологических теорий: субстантивную и оперативную. Последняя имеет отношение к объектам действия и включает, например, утверждения о типичных паттернах переноса или формах сопротивления у определенных групп пациентов. Другими словами, она включает положения о тех теоретических утверждениях, которые передают знания, релевантные практике, то есть она охватывает знания, необходимые для овладения повседневными задачами терапевтической практики, но не объясняющие подробно что и почему. Субстантивные технологические теории обычно являются плодом теорий чистой науки и заимствуют у них структурные элементы, которые регулярно подвергаются концептуальному огрублению и обеднению и поэтому становятся полезнее практически.

С другой стороны, оперативные технологические теории имеют отношение к самому практическому действию. Они занимаются разработкой стратегий по формулированию рекомендаций для эффективного действия. Эти рекомендации принимают форму глобальных правил и относятся к специфическим условиям конкретной терапевтической ситуации, то есть прямо ведут к «ноу-хау».

Преимущество технологических теорий состоит в том, что они способны моделировать практику значительно более эффективно и давать практической эффективности лучшее объяснение и обоснование благодаря своей тесной связи с прикладной областью.

Таким образом, существует две противоположные сферы знания, и ни одна из них не выводится прямо и непосредственно из другой: чисто научная теория психоанализа, включая описательную и причинную формы знания и теорию, которую они составляют, и прикладная научная теория психоанализа — субстантивная и оперативная технологические теории и знание об изменении (лечении). К этим двум типам научных теорий предъявляются различные требования (см. также: Eagle, 1984).

## 10.4 Различие в требованиях к теориям чистой и прикладной науки

Истина и практическая ценность — это два критерия, при помощи которых оцениваются чистые и прикладные научные теории (Herrmann, 1979, pp. 138—140). «Истина» означает, что точность гипотез и утверждений (включая объяснения) о ряде объектов проверена на опыте. Практическая ценность означает, что эти утверждения ведут к эффективным действиям, то есть к действиям, благодаря которым достигаются желаемые цели.

Чисто научные теории могут быть (точнее, должны быть) смелыми, оригинальными и новаторскими. Неожиданности во время проверки теорий часто имеют очень большую эвристическую ценность. Например, психоаналитические теории, имеющие отношение к этиологии данной болезни, могут оказаться невалидными для этой болезни, но истинными по отношению к другой болезни, где такая этиология даже никогда и не предполагалась. На основании существующей теории предпринимается попытка объяснить этот сюрприз. Возникает новое предположение, в результате чего появляется расширенная (или скорректированная) теория с последующими новыми попытками ее верификации. На этом примере видно, как неожиданное способствует познанию — будучи понятым в смысле еще более удачного объяснения мира явлений.

К чисто научной теории психоанализа предъявляется требование, чтобы она обладала глубиной, масштабностью, точностью и достаточной степенью валидности (Stegmüller, 1969). Например, предполагается, что общие гипотезы психоаналитической клинической теории, насколько это возможно, приближены к клинической реальности. Отсюда следует, что они способны адекватно и полно описывать происхождение, развитие и тече-

ние психической болезни или в достаточной мере объяснять все основные факторы и взаимосвязь психических процессов.

Истинность чисто научных теорий (в психоанализе в их число включаются теории развития, личности и неврозов) состоит в точном и достаточном объяснении реальности, о которой они делают утверждения. Значит, научные теории создаются не для того, чтобы описывать реальность лишь упрощенно, следовательно, неадекватно, они должны быть максимально приближены ко всей сложной реальности. В эмпирических науках степень успешности этого приближения проверяется наблюдением и экспериментом. Следовательно, возникает дилемма, заключающаяся в том, что сложные (и, следовательно, включающие много параметров) теории, такие, как психоаналитическая, трудны для эмпирической проверки, в то время как теории, которые проверить проще, зачастую имеют очень мало параметров и, следовательно, обычно являются упрощенными репрезентациями реальности.

Кроме того, предполагается, что технологии должны быть еще и надежными. Те, что являются оригинальными и смелыми, ведут к неожиданным результатам и не гарантируют жесткого контроля над практикой, не имеют никакой ценности. Простые и приблизительные репрезентации реальности обеспечивают технологические преимущества, ожидаемые и требуемые от них, давая возможность формулировать рекомендации для эффективного действия (правила лечения) и выполнять текущие задания в ситуациях, где есть конкретная проблема при специфических условиях.

Полностью сформулированная технология психоанализа — а таковой еще нет — должна демонстрировать достаточную степень применимости, полезности и надежности для терапевтической практики (Lenk, 1973, p. 207). В этом заключается требование практической ценности (эффективности) технологических теорий. С точки зрения эффективности это вопрос не о том, насколько хорошо психоаналитическая технология объясняет клиническую реальность, но, скорее, о том, насколько хорошо она способна овладеть будничными задачами клинического психоанализа. Необходимо исследовать теории, касающиеся техники, чтобы определить, какие из подходов особо полезны для терапевтической практики. Об эффективности психоаналитической технологии судят по успеху терапевтической практики, применяющей эту технологию. Отличительной чертой психоаналитической технологии, несомненно, является интерпретация. В этом смысле можно говорить о технологической герменевтике, существенно отличающейся от теологической и филологической герменевтики (Thomä, Kächele, 1975; Thomä et al., 1976; Eagle, 1984). Психоаналитические интерпретации делаются не в отно-

шении текста, а в отношении пациента с терапевтическими целями. Поэтому Блайт (Blight, 1981) подчеркивал, что психоаналитик не может замкнуться внутри герменевтического круга. Попытка доказать терапевтическую эффективность психоаналитических интерпретаций заставляет аналитиков выйти хотя бы на один шаг из герменевтического круга и поднять вопрос об эмпирическом доказательстве изменения. Следовательно, даже Рикёр не может не счесть эффективность терапии решающим критерием, доказывающим существование бессознательной мотивации для герменевтического психоаналитического метода: «Гарантия, что реальность бессознательного — это не просто чистая фикция в воображении психоаналитиков, в конечном счете, дается лишь терапевтическим успехом» (Ricoeur, 1974, p. 19). Однако в целом герменевтическая школа психоанализа интересовалась эффективностью терапии лишь голословно. С достойной удивления непритязательностью аналитики удовлетворяются субъективными данными, то есть истиной изнутри герменевтического круга, специфической для каждой диады (Lorenzer, 1970).

Даже высокая эффективность (основной критерий) не гарантирует правильности технологии, то есть точности технологического объяснения, и это важно учитывать. Технологическое правило может, например, указать, что аналитику следует интерпретировать само сопротивление, а не бессознательные конфликты, если он хочет разрешить сопротивление, которое является результатом повторного обращения к вытесненному конфликту с помощью различных интерпретаций. Полагая, что эффективность этого правила уже продемонстрирована, мы теперь зададимся вопросом, почему эта рекомендация к действию эффективна. Ответ на вопрос дают технологические предположения, принимающие форму технологического объяснения. Фактор, который надо объяснить и обосновать, — это связь между условиями, созданными аналитиком (посредством, например, интерпретации), и воздействием, которое оно оказывает на пациента (реакцией). Эффективность этого правила можно объяснить следующим образом: бессознательный конфликт вытесняется в силу особых причин, то есть существует мотив для вытеснения (например, избегание чувства вины, возникающей при осознании конфликта). Поэтому мотив вытеснения усиливается, когда аналитик игнорирует сопротивление пациента и интерпретирует непосредственное бессознательное содержание конфликта. Тогда вытеснение проявляет себя усилением сопротивления пациента осознанию бессознательного содержания конфликта. Мотив вытеснения также бессознателен и вызывает сопротивление у пациента все то время, пока дело обстоит так. Автоматическую природу этого механизма можно преодолеть,

если сопротивление интерпретируется. Здесь интерпретация сопротивления означает, что пациент осознает не бессознательное содержание конфликта, а скорее мотив вытеснения, который ближе к Я. Это разрушает автоматический механизм, уничтожая основу формирования сопротивления.

Валидность этого объяснения проверяется в ходе исследования в терапевтическом процессе с использованием обычных методов эмпирического исследования, то есть тем же самым способом, каким проверяются утверждения и гипотезы в чисто научных теориях. Вполне возможно, что механизмы, которые предполагаются в технологических объяснениях и претендуют на объяснение эффективности правил, не адекватны фактам, то есть такое объяснение не является достаточным. И все же, используя эти утверждения, можно формулировать эффективные правила. Возможно также и обратное: терапевтический процесс, в отличие от набора эффективных правил, можно удовлетворительно объяснить допущениями данной технологии. Следовательно, у технологий могут быть две стороны. Во-первых (объяснение), их можно рассматривать как чисто научные теории, и, таким образом, они должны удовлетворять требованиям таких теорий. И во-вторых (обобщение), они остаются теориями прикладной науки, и предполагается, что они демонстрируют практическую ценность, то есть эффективность на практике. Удовлетворение требований чистой науки не является ни необходимым, ни достаточным для удовлетворения требований прикладной науки, и наоборот.

Этот факт можно объяснить различием между словесным выражением и действием человека. Если вообще правомерно говорить о психоаналитической технологии (поскольку в лучшем случае утверждения по технике лечения можно рассматривать как оперативную технологическую теорию), в терапевтической практике эта технология трансформируется психоаналитиком в особую (личную) теорию терапевта, которая может привести к эффективной терапии, даже если объективно эта технология недостаточно валидна. Может быть и обратный случай, когда технология достаточно «истинна», однако ее оперативные условия отличаются от условий терапевтической практики или субъективная адаптация ее терапевтом приводит к неэффективному результату.

Технологии в чистом виде, принимающей во внимание все специфические условия реальных сложных ситуаций, в психоанализе нет, и нет ее в прикладных социальных науках в целом. Такая технология могла бы, если бы была достаточно валидна, дать рекомендации в форме правил для правильных действий в каждой данной ситуации. Если бы аналитик захотел использовать такую утопическую технологию в ходе терапии, ему при-

шлось бы овладеть множеством параметров, превышающим пределы его когнитивных способностей. Даже если бы такое овладение было бы возможным, личный уровень искусности все же встал бы между его технологическими познаниями и реальным исполнением. То, что субъективная адаптация объективной технологии является неизбежной проблемой переложения теории на практику, и означает, что практика психоаналитической терапии — это искусство. Такое переложение — в конечном счете ремесло, а практика терапии — искусство. Овладение этим искусством — вопрос профессионализма и индивидуальности.

## 10.5 Выводы относительно терапевтической работы и научного обоснования теории

Вследствие отмеченного выше различия между истиной знания и эффективностью действия эти два фактора, которые так тесно объединились в психоаналитической практике благодаря тезису Фрейда об их неразрывной связи, нужно отделить друг от друга. Их отношения a priory не таковы, чтобы они являлись предпосылкой или следствием друг для друга. В аналитической ситуации исследования не связаны автоматически с терапевтическими действиями, и наоборот. Необходимо воспроизводить эту связь каждый раз посредством конкретных действий. Аналитик должен задавать себе вопрос, ведет ли его ежедневная психоаналитическая деятельность не только к настоящим индивидуальным инсайтам о психических процессах пациента, но способствует ли она при этом излечению пациента в конечном счете. Другими словами, вопрос состоит в том, одинаково ли подходит его техника для достижения новых инсайтов и для достижения терапевтического успеха. Неразрывная связь должна создаваться, она не есть закон, который неизбежно направляет психоаналитическую практику. Утверждение о том, что circulus benignus существует на практике, то есть что (истинная) теория и (эффективная) терапия предполагают одна другую, не подтверждается до тех пор, пока не устанавливается неразрывная связь. Исследования терапии, проведенные третьими участниками, не вовлеченными напрямую в терапевтическую деятельность, стоят перед задачей определить, достигается ли это на практике вообще или только в отдельных случаях (см. также: Sampson, Weiss, 1983; Neudert et al., 1985, и гл. 9).

Ввиду того что ни эффективность, ни истинность не определяют одна другую и не следуют одна из другой, для оценки психоаналитических гипотез очень существенно сохранять ясность в отношении того, понимаются ли данные гипотезы в смысле чистой или прикладной науки. В последнем случае также необхо-

димо прояснить, является ли предметом обсуждения их объясняющая ценность и/или их обобщающая ценность (их полезность для формулирования эффективных правил). Критерии проверки и сама процедура соответственно меняются.

Расхождению истинности и эффективности не уделяется должного внимания и в тех случаях, если, например, для доказательства верности психоаналитических гипотез используется критерий «совпадения» (tally) довод, как его назвал Грюнбаум. Этот довод основан на следующем утверждении Фрейда:

> В конечном счете его конфликты только тогда будут успешно разрешены, а его сопротивление преодолено, когда *предварительные представления*, которые ему предлагаются, *совпадут* с тем, что у него по-настоящему есть [то есть у пациента]. Все, что неточно в предположениях врача, в ходе анализа отбрасывается; оно должно быть отклонено и заменено чем-либо более правильным (Freud, 1916/17, p. 452; курсив наш).

Здесь Фрейд выражает ту точку зрения, что терапия может быть успешной только в том случае, если пациент достигает точного инсайта об исторической истине своей жизни и своего страдания. Критерий совпадения отражает проблему соответствия, а не требует истины, как полагал Фрейд.

Грюнбаум, который подробно рассматривал проблему проверки психоаналитической теории на кушетке (то есть на практике и через практику; см., в частности: Grünbaum, 1984), называет утверждение о том, что истинный инсайт ведет к успеху в терапии, тезисом о «необходимом условии». Этот тезис представляет собой наиболее важное допущение критерия совпадения, то есть того, что терапевтически успешный анализ говорит в пользу истины аналитического (диадического) знания, достигнутого в аналитической работе и сообщенного пациенту. Грюнбаум выражает следующие сомнения по поводу терапевтического эффекта верного инсайта: терапевтический эффект может в действительности произойти благодаря предположению аналитика, то есть может быть основан на неверных инсайтах и псевдообъяснениях; это может быть эффект плацебо благодаря вере аналитика и пациента в истину и эффективность инсайта, достигнутого интерпретацией; или он может быть результатом каких-то других аспектов психоаналитической ситуации, например опыта нового типа межличностных отношений, а не «истинного инсайта».

В противоположность этому Эдельсон (Edelson, 1984) продолжает утверждать, что истинный инсайт пациенту необходим как предпосылка для изменений, расценивающихся как терапевтически позитивные в рамках психоанализа. В то же время он допускает, что достаточной предпосылкой для достижения терапевтических изменений в психоанализе верный инсайт не явля-

ется. Эдельсон утверждает, что все специфические цели анализа и изменения связаны с истинным инсайтом пациента и что единственную возможность говорить об успешном и эффективном психоаналитическом лечении дает достижение этих целей и изменений.

Нетрудно увидеть, что разногласия относительно правильности тезиса о необходимом условии в действительности касаются вопроса, валидно или нет для психоаналитической практики утверждение Фрейда о неразрывной связи. Любой, кто просто принимает неразрывную связь как данность в своих доводах (например, в виде критерия совпадения), относится к этой связи как к закону природы. Часто забывается, что роль правильного инсайта недостаточно изучена в эмпирических исследованиях терапевтического процесса и что концепция инсайта связана с серьезными методологическими трудностями (см. обозрение: Roback, 1974). Поэтому было бы преждевременным принимать утверждение о связи правильного инсайта с терапевтическим успехом как валидное (как естественный закон). Такая предосторожность оправданна с той точки зрения, что эмпирические исследования терапевтического процесса показали, какую значительную роль играет целая серия условий, кроме правильного инсайта (Garfield, Bergin, 1978).

Тезис контаминации (contamination), защищаемый Грюнбаумом, до него был выдвинут Фэрреллом (Farrell, 1981) и особо обсуждался Чеширом (Cheshire, 1975, Chap. 4), который убедительно защищал от него психоанализ. Решение о верности этого тезиса должно быть вынесено на основе эмпирического исследования терапевтического процесса, а не в рамках философских обсуждений. То же самое верно и об утверждении относительно суггестии, законность которой должна была бы быть подкреплена эмпирически с учетом психоаналитической практики, чтобы о ней можно было утверждать с той долей уверенности, с какой это обычно делается (Thomä, 1977). Поэтому необходимо, во-первых, чтобы формы изменения, специфические для психоанализа, были точно описаны и отличимы от других процессов; во-вторых, чтобы исследования были направлены на поиск индикаторов интересующих нас изменений, так как изменения, насколько они имеют отношение к диспозициям, можно наблюдать лишь косвенно с помощью этих индикаторов; и в-третьих, чтобы были определены и изучены не только специфические условия правильного инсайта, но также и то, чтó необходимо дополнительно для истинного инсайта, чтобы он привел к личностным изменениям, которые психоанализ ставит себе целью (Edelson, 1984). Лейтмотив Фрейда «где было Оно, там должно стать Я» (Freud, 1933a, p. 80) устанавливает высокую цель, которая в какой-то форме совпадает с целью структурных

изменений. Каждый, кто пытался систематически исследовать эту область, знает, что нашу задачу трудно осуществить, если мы хотим выйти за пределы клинически подтвержденного знания. В предыдущей главе мы описали примеры, показывающие, что ожидаемые модификации наших теоретических представлений благотворно повлияют на нашу клиническую деятельность.

На основании предыдущих результатов исследований, ориентированных на процесс терапии, можно предсказать, что в будущем более изощренные исследования зонтичных концепций растворят суггестию и инсайт в широком спектре коммуникативных процессов. Пробивает себе дорогу и психоаналитическая терапия, складываясь особым способом из составных частей помогающей терапии, как это эмпирически показал Люборски (Luborsky, 1984) для «помогающего альянса». Кроме того, психоаналитические формы терапии характеризуются специфическими чертами, отличающими их более или менее ясно от других терапевтических подходов. Мы склоняемся к той точке зрения, что точное исследование процессов изменения в психоаналитической терапии только начинается и что необходимо подробно изучать их на различных уровнях, используя различные теоретические подходы. Магнитофонные записи дают возможность верифицировать наблюдения, касающиеся изменений, создавая еще и третью область между экспериментальным и клиническим психоанализом, а именно систематическое клиническое изучение материала лечения (Kächele, 1981; Leuzinger, Kächele, 1985; Gill, Hoffman, 1982).

Мы бы хотели обозначить эти подходы термином «технологическое исследование» в вышеописанном смысле, то есть исследование психоаналитической техники и технологии. Мы ставим вопрос, возможна ли в комнате, где идет процесс лечения, верификация основных научных теорий психоанализа, и соглашаемся с требованием, которое повторяет Грюнбаум (Grünbaum, 1984), что многочисленные гипотезы, появившиеся на свет в ходе лечения, должны стать объектом систематического исследования эмпирической социологии и психологии (Kline, 1972; Fischer, Greenberg, 1977). Конечно, имеется постоянно увеличивающийся объем материала столь же объективных неклинических исследований, начиная с пионерской работы Сиерса, которая появилась через несколько лет после смерти Фрейда (см.: Fischer, Greenberg, 1977). С нашей точки зрения, психоаналитические наблюдения в терапевтической ситуации вносят значительный вклад в изучение этиологии психопатологических проявлений или теории развития личности, давая материал для возникновения различных гипотез. Однако они могут внести и гораздо более обширный вклад в теорию терапии, то есть в

понимание взаимосвязи между определенными видами операций и вмешательств и появлением или непоявлением определенных видов специфических изменений. Мне представляется ироничным, что авторы-психоаналитики пытаются использовать клинические данные во всевозможных целях, но только не для того, для чего они наиболее подходят, — для оценки и понимания терапевтического изменения (Eagle, 1984, p. 163).

Мы согласны с Грюнбаумом (Grünbaum, 1984) в том, что приемный кабинет — это не то место, где аналитик должен проверять основные научные теории. Однако, если Грюнбаум рассматривает явления в клинической ситуации как бесполезные в качестве основания для подтверждения и проверки психоаналитических гипотез, то, по нашему мнению, эти данные представляют собой отличный пробный камень для научной оценки, производимой сторонними, третьими участниками, проверяющими валидность гипотез (Luborsky et al., 1985). Дополняя позицию Игла, мы считаем, что эти данные релевантны для выдвижения и проверки как технологических, так и основных научных предположений. Мы согласны с Эдельсоном (Edelson, 1984), который это продемонстрировал на двух примерах: интерпретация случая «госпожи X», по публикации Люборского и Минца (Luborsky, Mintz, 1974), и аргументация Глимура (Glymour, 1980), касающаяся Человека-Крысы Фрейда (Freud, 1909d).

В этом случае проверка основывается не на постулировании связи между эффективностью и истиной, но непосредственно на клинических данных. Игл (Eagle, 1984) тоже совершенно верно подчеркивает, что диагностическое знание, то есть знание, полученное путем наблюдений над развитием отдельных синдромов, представляет собой независимую область, которая не опирается ни на специфическую диадическую истину, ни на терапевтическую эффективность. Например, описание Томэ (Thomä, 1967a) нервной анорексии в психодинамических терминах оказалось по сути правильным, несмотря на изменения терапевтической стратегии, происшедшие в психоанализе и вне его.

Основные научные гипотезы психоанализа охватывают широкую сферу понятий (например, развитие, личность, болезнь) и оперируют на самых разных уровнях (см., например: Waelder, 1962). Необходимо, чтобы аналитики, когда они готовятся проверять аналитические положения на клинических данных, задавались вопросом о том, для каких утверждений клинические данные могут служить пробным камнем и какую степень надежности можно приписать клиническим данным. И с теоретических позиций (Wallerstein, Sampson, 1971; Thomä, Kächele, 1975), и с точки зрения эмпирических исследований (Luborsky, Spence, 1978; Kiener, 1978) ясно, что метапсихологические положения бесполезны для решений этой задачи. Здесь необходи-

мо очень критически оценивать влияние (часто мешающее) метапсихологических утверждений на клинический опыт и интерпретации (см. гл. 1). Реальные трудности в отношении использования клинических данных для оценки валидности основных научных гипотез и неоднозначность в решении этих проблем обсуждались неоднократно; поэтому мы здесь ограничимся лишь несколькими ссылками на литературу (Thomä, Kächele, 1975; Möller, 1978; Grünbaum, 1982; Eagle, 1984; Edelson, 1984).

В заключение скажем, что нам бы хотелось, чтобы психоаналитическую практику рассматривали и как суть терапии, и как существенный компонент процесса исследования в психоанализе. Психоаналитическая практика является той сферой, где происходит процесс лечения и достигается эвристически ценное знание. Включение независимых третьих участников является существенным и решающим при проверке этого знания, относится ли оно к чистой или прикладной науке. Психоаналитическое исследование, имеющее отношение к положению о неразрывной связи, ограничено в том смысле, что его результаты можно использовать только для открытия новых явлений и развития предварительных гипотез, но не для их проверки. Аналитик в своей ежедневной терапевтической работе должен задаваться вопросом, соответствует ли его техника лечения как выдвижению новых гипотез и расширению психоаналитического знания, так и обеспечению процесса лечения.

В силу методологического принципа отдельный аналитик не имеет возможности удовлетворить этим трем условиям. Кто действительно мог бы утверждать — как это делал Фрейд, — что не только не достиг чего-то нового, но также, благодаря строгому анализу, опустился на самые глубины и при этом доказал, что то был путь открытия новых конфигураций? Кроме того, согласно научному кредо Фрейда, рост обобщенных объективных знаний о психических связях может, даже должен привести к ускорению процесса лечения, если в курсе терапии эти знания соответствующим образом применяются.

Внутри психоаналитической системы прямым следствием научного прогресса являются кратковременные виды терапии. Во всяком случае, требуются большие практическое и теоретическое познания для вхождения в самые глубокие душевные слои и для анализа, приводящего за короткое время к благоприятному результату. Только так можно доказать, что интерпретативная терапия является лечением, дающим пациенту знание самого себя. Однако это самопознание не должно быть чем-то новым в смысле основной и прикладной научной теории психоанализа. Его первостепенная ценность состоит в том, что наряду с другими факторами оно оказывает позитивное влияние на процесс лечения. Таким образом, желание связать напрямую пси-

хоаналитическое исследование в психоаналитической ситуации (то есть выдвижение новых психоаналитических гипотез, которое следует отличать от исследований, выполняемых независимыми третьими участниками для проверки этих гипотез) с целью достичь излечения — это желание вряд ли легкоисполнимо. Фрейдовская теория психоаналитической техники требует, чтобы аналитик проводил различие между следующими понятиями: *излечение, разработка* новых гипотез, *проверка* гипотез, *правильность* объяснений и *практическая ценность* знания.

# БИБЛИОГРАФИЯ

Freud's works are cited by year and indicating letter according to the complete Freud bibliography given in volume XXIV of the *Standard Edition* (SE), published by the Hogarth Press, London. Dates given in square brackets refer to the year a work was originally published should this diverge considerably from the date of the edition cited.


Abraham K (1953[1913]) Should patients write down their own dreams. In: Jones E (ed) Selected papers of Karl Abraham M. D., vol I (Internat psycho-analytical library, no 13). Basic Books, New York, pp 33—35

Abraham K (1953[1919]) A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In: Jones E (ed) Selected papers of Karl Abraham M. D., vol I (Internat psycho-analytical library, no 13). Basic Books, New York, pp 303—311

Abraham K (1953[1920]) The applicability of psycho-analytic treatment to patients at an advanced age. In: Jones E (ed) Selected papers of Karl Abraham M. D., vol I (Internat psycho-analytical library, no 13). Basic Books, New York, pp 312—317

Adler R (1979) Anamneseerhebung in der psychosomatischen Medizin. In: Uexküll T von (ed) Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, Munich Vienna Baltimore, pp 329—348

Adorno TW (1952) Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Gesellschaftstheorie. Psyche 6:1—18

Adorno TW (1972[1955]) Zum Verhältnis von Soziologie und Psychologie. In: Tiedemann R (ed) Theodor W. Adorno. Gesammelte Schriften, vol 8: Soziologische Schriften I. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 42—85

Adorno TW, Dirks W (eds) (1975) Freud in der Gegenwart. Frankfurter Beiträge zur Soziologie, vol 6, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main

Albert H (1960) Wissenschaft und Politik. Zum Problem der Anwendbarkeit einer wertfreien Sozialwissenschaft. In: Topitsch E (ed) Probleme der Wissenschaftstheorie. Festschrift für Victor Kraft. Springer, Berlin Heidelberg New York

Alexander F (1935) The problem of psychoanalytic technique. Psychoanal Q 4:588—611

Alexander F (1937) Five-year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1933—1937 (unpublished report)

Alexander F (1950) Psychosomatic medicine. Its principles and application. Allen & Unwin, London

Alexander F (1956) Two forms of regression and their therapeutic implications. Psychoanal Q 25:178—196

Alexander F, French TM (1946) Psychoanalytic therapy. Ronald Press, New York

Altman L (1976) Discussion of G. Epstein's «A note on a semantic confusion in the fundamental rule of psychoanalysis». J Philadelphia Assoc Psychoanal 3:58—59

Angst W (1980) Aggression bei Affen und Menschen. Springer, Berlin Heidelberg New York

Apel KO (1955) Das Verstehen. Arch Begriffsgesch 1:142—199

Appelbaum SA (1975) The idealization of insight. Int J Psychoanal Psychother 4:272—302

Appelbaum SA (1976) The dangerous edge of insight. Psychother Theory Res Pract 13:202—206

Argelander H (1966) Zur Psychodynamik des Erstinterviews. Psyche 20:40—53

Argelander H (1967) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Psyche 21:341—368, 429—467, 473—512

Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie (Erträge der Forschung, vol 2). Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Argelander H (1979) Die kognitive Organisation psychischen Geschehens. Ein Versuch zur Systematisierung der kognitiven Organisation in der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart Argelander H, Eckstaedt A, Fischer R, Goldschmidt O, Kennel K (1973) Das Sprechstundeninterview. Psyche 27:1001—1066

Arlow JA (1979) Metaphor and the psychoanalytic situation. Psychoanal Q 48:363—385

Arlow JA (1982) Psychoanalytic education. A psychoanalytic perspective. Annu Psychoanal 10:5—20

Arlow JA, Brenner C (1964) Psychoanalytic concepts and the structural theory. International University Press, New York

Asch SS (1976) Varieties of negative therapeutic reaction and problems of technique. J Am Psychoanal Assoc 24:383—407

Austin JL (1962) How to do things with words. Clarendon Press, Oxford

Bachrach HM (1983) On the concept of analyzability. Psychoanal Q 52:180—204

Bacon F (1960[1620]) The new organon. In: Anderson FH (ed) The new organon and related writings. Liberal Arts Press, New York

Bakan D (1958) Sigmund Freud and the Jewish mystical tradition. Van Nostrand, Princeton

Balint A (1936) Handhabung der Übertragung auf Grund der Ferenczischen Versuche. Int Z Psychoanal 22:47—58

Balint A, Balint M (1939) On transference and countertransference. Int J Psychoanal 20:223—230

Balint M (1934) Charakteranalyse und Neubeginn. Int Z Psychoanal 20:54—63. Engl (1952) Character analysis and new beginning. In Balint M (ed) Primary love and psycho-analytic technique. Hogarth, London, pp 159—173o

Balint M (1935) Zur Kritik der Lehre von der prägenitalen Libidoorganisationen. Int Z Psychoanal 21:525—543. Engl: (1952) Critical notes on the theory of pregenital organisation of the libido. In: Balint M (ed) Primary love and psycho-analytic technique. Hogarth, London, pp 49—72

Balint M (1948) On the psychoanalytic training system. Int J Psychoanal 29:163—173

Balint M (1950) Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. Int J Psychoanal 31:117—124

Balint M (1952) Primary love and psycho-analytic technique. Hogarth, London

Baling M (1954) Analytic training and training analysis. Int J Psychoanal 35:157—162

Balint M (1957) Problems of human pleasure and behaviour. Hogarth, London

Balint M (1959) Thrills and regressions. Hogarth, London

Baling M (1968) The basic fault. Therapeutic aspects of regression. Tavistock, London

Balint M, Balint E (1961) Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock, London

Balint M, Ornstein PH, Balint E (1972) Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis. Tavistock, London

Balint M, Tarachow pp (1950) General concepts and theory of psychoanalytic therapy. In: Frosch J (ed) The annual survey of psychoanalysis, vol I. Allen & Unwin, London, pp 227—240

Balter L, Lothane Z, James H, Spencer JR (1980) On the analysing instrument. Psychoanal Q 49:474—504

Bartels M (1979) Ist der Traum eine Wunscherfüllung? Psyche 33:97—131

Basch MF (1984) Selfobjects and selfobject transference. Theoretical implications. In: Stepansky PE, Goldberg A (eds) Kohut's legacy. Contributions to self psychology. Analytic Press, Hillsdale London, pp 21—41

Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH (1963) A note on the double bind—1962. Family Process 2:154—161

Baumann U (ed) (1981) Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Forschung und Praxis (Fortschritte der klinischen Psychologie, vol 2,5). Urban & Schwarzenberg, Munich

Baumann U (ed) (1984) Psychotherapie. Makro- / Mikroperspektive. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich

Baumann U, Wedel B von (1981) Stellenwert der Indikationsfrage im Psychotherapiebereich. In: Baumann U (ed) Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung (Fortschritte der klinischen Psychologie, vol 25). Urban & Schwarzenberg, Munich Vienna Baltimore, pp 1—36

Baumeyer F (1971) Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland. 60 Jahre Deutsche Psychoanalytische Gesellscahft. Z Psychosom Med Psychoanal 17:203—240

Beckermann A (1977) Handeln und Handlungserklärungen. In: Beckermann A (ed) Analytische Handlungstheorie. vol 2: Handlungserklärungen. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 7—84

Beckmann D (1974) Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung. Huber, Bern Stuttgart Vienna

Beigler JS (1975) A commentary on Freud's treatment of the rat man. Annu Psychoanal 3:271—285

Beland H (1978) Überlegungen zum Problem der finanziellen Selbständigkeit des Patienten als Heilungsfaktor. In: Die Einflüsse der Kassenreglung auf die psychoanalytische Behandlung. Referate und Protokolle der Arbeitstagung der DPV in Berlin von 16—18 November 1978, pp 3—10 (unpublished report)

Bellak L (1961) Free association. Conceptual and clinical aspects. Int J Psychoanal 42:9—20

Bergin AE, Lambert MJ (1978) The evalutation of therapeutic outcomes. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis, 2nd edn. Wiley, New York, pp 139—189

Berman L (1949) Countertransferences and attitudes of the analyst in the therapeutic process. Psychiatry 12:159—166

Bernfeld S (1934) Die Gestalttheorie. Imago 20:32—77

Bernfeld S (1935) Über die Einteilung der Triebe. Imago 21:125—142

Bernfeld S, Feitelberg S (1929) Das Prinzip von Le Chatelier und der Selbsterhaltungstrieb. Imago 15:289—298

Bernfeld S, Feitelberg S (1930) Über psychische Energie, Libido und deren Meßbarkeit. Imago 16:66—118

Bertalanffy L von (1958) Comments on aggression. Bull Menn Clin 22:50—57

Bettelheim B (1982) Freud and man's soul. Knopf, New York

Bibring E (1937) Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. Int Z Psychoanal 23:18—42

Bibring E (1942) The development and problems of the theory of instincts. Int J Psychoanal 22:102—131

Bibring E (1947) The so-called English school of psychoanalysis. Psychoanal Q 16:69—93

Bibring E (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. J Am Psychoanal Assoc 2:745—770

Binswanger L (1955[1920]) Psychoanalyse und klinische Psychiatrie. In: Binswanger L (ed) Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. vol II: Zur Problematik der psychiatrischen Forschung und zum Problem der Psychiatrie. Francke, Bern, pp 40—66

Binswanger L (1962) Erinnerungen an Freud. Francke, Bern

Bion WR (1955) Language and the schizophrenic. In: Klein M, Heimann P, Money-Kyrle RE (eds) New directions in psycho-analysis. Basic Books, New York, pp 220—239

Bion WR (1970) Attention and interpretation. A scientific approach to insight in psychoanalysis and groups. Tavistock, London

Birbaumer N (ed) (1973) Neuropsychologie der Angst (Fortschritte der Klinischen Psychologie 3). Urban & Schwarzenberg, Munich

Blacker KH (1981) Insight. Clinical conceptualizations. J Am Psychoanal Assoc 29:659—671

Blanck G, Black R (1974) Ego psychology. Theory and practice. Columbia University Press, New York

Blanck G, Blanck R (1979) Ego psychology, vol 2. Columbia University Press, New York Guilford

Blanton S (1971) Dairy of my analysis with Sigmund Freud. Hawthorn Books, New York

Blarer A von, Brogle I (1983) Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der psychoanalytischen Technik. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 71—85

Bleuler E (1910) Die Psychoanalyse Freuds. Verteidigung und kritische Bemerkungen. Jahrb Psychoanal Psychopath Forsch 2:623—730

Blight J (1981) Must psychoanalysis retreat to hermeneutics? Psychoanalytic theory in the light of Popper's evolutionary epistemology. Psychoanal Contemp Thought 4:127—206

Blos P (1963) The concept of acting out in relation to the adolescent process. J Am Acad Child Psychiatry 2:118—143

Blos P (1985) Son and father. Before and beyond the Oedipus complex. Free Press, New York London

Blum HP (1971) On the conception and development of the transference neurosis. J Am Psychoanal Assoc 19:41—53

Blum HP (1973) The concept of erotized transference. J Am Psychoanal Assoc 21:61—76

Blum HP (1976) Acting out, the psychoanalytic process, and interpretation. Annu Psychoanal 4:163—184

Blum HP (1979) The curative and creative aspects of insight. J Am Psychoanal Assoc 27 [Suppl]:41—69

Boden MA (1977) Artifical intelligence and natural man. Basic Books, New York

Boesky D (1982) Acting out. A reconsideration of the concept. Int J Psychoanal 63:39—55

Bolk-Weischedel D (1978) Veränderungen beim unbehandelten Partner des patienten während einer analytischen Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychoanal 24:116—128

Bonaparte M (1940) Time and the unconscious. Int J Psychoanal 21:427—468

Boor C de, Künzler E (1963) Die psychosomatische Klinik und ihre Patienten. Klett, Stuttgart

Boor C de, Moersch E (1978) Stellungnahme zu P. Parins «Kritischer Glosse». Psyche 32:400—402

Bowlby J (1969) Attachment and loss. Vol I: Attachment. Basic Books, New York

Bracher KD (1982) Zeit der Ideologien. Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart

Bräutigam W (1983) Bemerkungen zur psychoanalytischen Behandlungsführung in der Eröffnungs- und Abschlußphase. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 119—131

Bräutigam W (1984) Rückblick auf das Jahr 1942. Betrachtungen eines psychoanalytischen Ausbildungskandidaten des Berliner Instituts der Kriegsjahre. Psyche 38:905—914

Brandchaft B, Stolorow RD (1984) A current perspective on difficult patients. In: Stepansky PE, Goldberg A (eds) Kohut's legacy. Contributions to self psychology. Analytic Press, Hillsdale London, pp 93—116

Brandt LW (1961) Some notes on English Freudian terminology. J Am Psychoanal Assoc 9:331—339

Brandt LW (1972) Mindless psychoanalysis. Contemp Psychol 17:189—191

Brandt LW (1977) Psychoanalyse versus psychoanalysis: traduttore, traditore. Bedeutungsunterschiede zwischen psychoanalytischen Grundbegriffen im Englischen und im Deutschen. Psyche 31:1045—1051

Brazelton TB, Als H (1979) Four early stages in the development of mother-infant interaction. Psychoanal Study Child 34:349—369

Brenner C (1976) Psychoanalytic technique and psychic conflict. International University Press, New York

Brenner C (1979a) Working alliance, therapeutic alliance and transference, J Am Psychoanal Assoc 27:137—157

Brenner C (1979b) The components of psychic conflict and its consequences in mental life. Psychoanal Q 48:547—567

Brenner C (1980) Metapsychology and psychoanalytic theory. Psychoanal Q 49:189—214

Brenner C (1982) The mind in conflict. International University Press, New York

Breuer J, Freud S (1936) Studies in hysteria (Nervous and mental disease monograph series no 61). Nervous and Mental Disease Publishing Co, New York

Brierley M (1973) Affects in theory and practice. Int J Psychoanal 18:256—268

Buber M (1974[1923]) Ich und Du, 8th edn. Schneider, Heidelberg

Bubner R (1976) Handlung, Sprache und Vernunft. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Bunge M (1976) Scientific research, vol 2: The search for truth. Springer, New York Berlin Heidelberg

Bush M (1978) Preliminary considerations for a psychoanalytic theory of insight. Historical perspective. Int Rev Psychoanal 5:1—13

Buxbaum E (1950) Technique of terminating analysis. Int J Psychoanal 31:184—190

Calder KT (1980) An analyst's self-analysis. J Am Psychoanal Assoc 28:5—2

Calef V (1971) On the current concept of the transference neurosis. Introduction. J Am Psychoanal Assoc 19:137—157

Calogeras RC (1967) Silence as a technical parameter in psycho-analysis. Int J Psychoanal 48:536—558

Cantor MB (1957) The initial interview. Am J Psychoanal 17:39—44; 121—126

Caruso IA (1972) Soziale Aspekte der Psychoanalyse. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Carveth DL (1984a) Psychoanalysis and social theory. The Hobbesian problem revisited. Psychoanal Contemp Thought 7:43—98

Carveth DL (1984b) The analyst's metaphors. A deconstructionist perspective. Psychoanal Contemp Thought 7:491—560

Cheshire NM (1975) The nature of psychodynamic interpretation. Wiley, London New York Sidney Toronto

Cheshire NM, Thomä H (eds) (1987) The self. Symptoms and psychotherapy. Wiley, London

Cocks GC (1983) Psychoanalyse, Psychotherapie und Nationalsozialismus. Psyche 37:1057—1106

Cocks GC (1984) Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute. Oxford University Press, New York

Cohen DB (1976) Dreaming: Experimental investigation of representational and adaptive properties. In: Schwartz GE, Shapiro D (eds) Consciousness and self-regulation, vol 1. Plenum Press, New York London, pp 313—360

Cohen MB (1952) Countertransference and anxiety. Psychiatry 15:231—243

Cohler BJ (1980) Developmental perspectives on the psychology of the self in early childhood. In: Goldberg A (ed) Advances in selfpsychology. International University Press, New York, pp 69—115

Colby K (1960) Experiment on the effects of an observer's presence on the imago system during free association. Behav Sci 5:216—232

Collingwood RG (1946) The idea of history. Oxford University Press, London

Cooley CH (1964[1902]) Human nature and the social order. Schocken, New York

Cooper AM (1984a) Psychoanalysis at one hundred. Beginnings of maturity. J Am Psychoanal Assoc 32:245—267

Cooper AM (1984b) Columbia Center celebrates 40th anniversary. Am Psychoanal Assoc Newsletter 18 (4):10—15

Cremerius J (1969) Schweigen als Problem der Psychoanalytischen Technik. Jahrb Psychoanal 6:69—103

Cremerius J (1977a) Ist die «psychosomatische Struktur» der französischen Schule krankheitsspezifisch? Psyche 31:293—317

Cremerius J (1977b) Grenzen und Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlungstechnik bei Patienten mit Über-Ich-Störungen. Psyche 31:593—636

Gremerius J (1978) Einige Überlegungen über die kritische Funktion des Durcharbeitens in der Geschichte der psychoanalytischen Technik. In: Drews S et al (eds) Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 196—214

Cremerius J (1979) Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? Psyche 33:577—599

Cremerius J (1981a) Die Präsenz des Dritten in der Psychoanalyse. Zur Problematik der Fremdfinanzierung. Psyche 35:1—41

Cremerius J (1981b) Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. Seine Technik im Spiegel von Schülern und Patienten. In: Ehebald U, Eickhoff FW (eds) Humanität und Technik in der Psychoanalyse. Jahrb Psychoanal, Beiheft 6, Huber, Bern Stuttgart Vienna, pp 123—158

Cremerius J (1982) Kohuts Behandlungstechnik. Eine kritische Analyse. Psyche 36:17—46

Cremerius J (1984) Die psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operativen Gebrauch. Psyche 38:769—800

Cremerius J, Hoffmann SO, Trimborn W (1979) Psychoanalyse. Über-Ich und soziale Schicht. Die psychoanalytische Behandlung der Reichen, der Mächtigen und der sozial Schwachen. Kindler, Munich

Curtis HC (1979) The concept of therapeutic alliance. Implications for the widening scope. J Am Psychoanal Assoc 27 [Suppl]:159—192

Dahl H (1978) A new psychoanalytic model of motivation. Emotion as appetites and messages. Psychoanal Contemp Thought 1:373 408

Dahmer H (1983) Kapitulation vor der «Weltanschauung». Zu einem Aufsatz von Carl Müller-Braunschweig aus dem Herbst 1933. Psyche 37:1116—1135

Dallet J (1973) Theories of dream function. Psychol Bull 79:408—416

Dantlgraber J (1982) Bemerkungen zur subjektiven Indikation für Psychoanalyse. Psyche 36:191—225

Darwin CR (1872) The expressions of the emotions in men and animals. J Murray, London

Deutsch F (1957) A footnote to Freud's «fragment of an analysis of a case of hysteria». Psychoanal Q 26:159—167

Deutsch F. Murphy WF (1955) The clinical interview, 2 vols. International University Press, New York

Deutsch H (1926) Okkulte Vorgänge während der Psychoanalyse. Imago 12:418—433

Deutsch H (1932) Psychoanalysis of the neuroses. Hogarth, London

Devereux G (1951) Some criteria for the timing of confrontations and interpretations. Int J Psychoanal 32:19—24

Devereux G (1967) From anxiety to method in the behavioral sciences. Mouton, Den Haag Paris

Dewald PA (1972) The psychoanalytic process. A case illustration. Basic Books, New York London

Dewald PA (1978) The psychoanalytic process in adult patients. Psychoanal Study Child 33:323—331

Dewald PA (1982) The clinical importance of the termination phase. Psychoanal Inquiry 1:441—461

Dilman I (1984) Freud and the mind. Blackwell, Oxford

Dollard JA, Miller NE, Doob LW, Mowrer OH, Sears RR (1967[1939]) Frustration and aggression. Yale University Press, New Haven

Doolittle H (1956) Tribute to Freud. Pantheon Books, New York

Dräger K (1971) Bemerkungen zu den Zeitumständen und zum Schicksal der Psychoanalyse und der Psychotherapie in Deutschland zwischen 1933 und 1949. Psyche 25:255—268

Drigalski D von (1979) Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Ullstein, Frankfurt am Main Berlin Vienna

Dührssen A (1953) Katamnestische Untersuchungen bei Patienten nach analytischer Psychotherapie. Z Psychother Med Psychol 3:167—170

Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie Z Psychosom Med 8:94—113

Dührssen A (1972) Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen

Dührssen A (1981) Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen

Eagle M (1973) Sherwood on the logic of explanation in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Sci 2:331—337

Eagle M (1984) Recent developments in psychoanalysis. A critical evaluation. McGraw-Hill, New York

Earle JB (1979) An approach to the study of analyzability and analysis: The course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. Psychoanal Q 48:198—228

Edelson JT (1983) Freud's use of metaphor. Psychoanal Study Child 38:17—59

Edelson M (1983) Is testing psychoanalytic hypothesis in the psychoanalytic situation really impossible? Psychoanal Study Child 38:61—109

Edelson M (1984) Hypothesis and evidence in psychoanalysis. University of Chicago Press, Chicago

Ehebald U (1978) Der Psychoanalytiker und das Geld — oder die Ideologie vom persönlichen finanziellen Opfer des Patienten. In: Drews S et al. (eds) Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 361—386

Ehlers W (1983) Die Abwehrmechanismen. Definitionen und Beispiele. Praxis Psychother Psychosom 28:55—66

Ehlich K, Rehbein J (1979) Sprachliche Handlungsmuster. In: Soeffner HG (ed) Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Metzler, Stuttgart

Eibl-Eibesfeldt I (1970) Liebe und Haß. Zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen. Piper, Munich

Eibl-Eibesfeldt I (1980) Die Entwicklung der destruktiven Aggression. Mater Med Nordmark 32:16—29

Eissler KR (ed) (1949) Searchlights on delinquency. New psychoanalytic studies dedicated to Professor August Aichhorn on the occasion of his seventieth birthday, July 27, 1948. International University Press, New York

Eissler KR (1950) The Chicago Institute of Psychoanalysis and the sixth period of the development of psychoanalytic technique. J Gen Psychol 42:103—157
Eissler KR (1953) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. J Am Psychoanal Assoc 1:104—143
Eissler KR (1958) Remarks on some variations in psychoanalytic technique. Int J Psychoanal 39:222—229
Eissler KR (1963a) Notes on the psychoanalytic concept of cure. Psychoanal Study Child 18:424—463
Eissler KR (1963b) Goethe. A psychoanalytic study, 1775—1786. Wayne State University Press, Detroit
Eissler KR (1965) Medical orthodoxy and the future of psychoanalysis. International University Press, New York
Eissler KR (1971) Death drive, ambivalence, and narcissism. Psychoanal Study Child 26:25—78
Eissler KR (1974) One some theoretical and technical problems regarding the payment of fees for psychoanalytic treatment. Int Rev Psychoanal 1:73—101
Ekstein R, Friedman SW (1959) On the meaning of play in childhood psychosis. In: Jessner L, Pavenstedt E (eds) Dynamics of psychopathology in childhood. Grune & Stratton, New York, pp 269—292
Emde RN (1981) Changing models of infancy and the nature of early development. Remodeling the foundation. J Am Psychoanal Assoc 29:179—219
Emde RN, Robinson J (1979) The first two month. Recent research in developmental psychobiology and the changing view of the new born. In: Noshpitz JD (ed) Basic handbook of child psychiatry, vol 1. Basic Books, New York, pp 72—105
Engel GL (1962) Psychological development in health and disease. Saunders, Philadelphia
Engel GL, Schmale AH jr (1967) Psychoanalytic theory of somatic disorder. J Am Psychoanal Assoc 15:344—365
Engelman E (1976) Berggasse 19. Sigmund Freud's home and offices, Vienna 1938. Basic Books, New York
Epstein G (1976) A note on a semantic confusion in the fundamental rule of psychoanalysis. J Philadelphia Assoc Psychoanal 3:54—57
Erikson EH (1954) The dream specimen of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 2:5—56
Erikson EH (1959) Identity and the life cycle. Selected papers (Psychological issues, vol 1, no 1, monograph 1). International University Press, New York
Erikson EH (1962) Reality and actuality. An address. J Am Psychoanal Assoc 11:451—474
Erikson EH (1964) Insight and responsibility. Lectures on the ethical implications of psychoanalytic insight. Norton, New York
Erikson EH (1968) Identity youth and crisis. Norton, New York
Ethegoyen RH (1982) The relevance of the «here and now» transference interpretation for the reconstruction of early psychic development. Int J Psychoanal 63:65—75
Eysenck HJ, Rachman S (1968) Neurosen. Ursachen und Heilmethoden, 2nd edn. Springer, Berlin Heidelberg New York
Ezriel H (1963) Experimentation within the psycho-analytic session. In: Paul L (ed) Psychoanalytic clinical interpretation. Free Press of Glencoe, London, pp 112—142

Faber FR (1981) Der Krankheitsbegriff in der Reichsversicherungsordnung. Psychother Med Psychol 31:179—182

Farell BA (1961) Can psychoanalysis be refuted? Inquiry 4:16—36

Farell BA (1964) The status of psychoanalytic theory. Inquiry 7:104—123

Farrell BA (1981) The standing of psychoanalysis. Oxford University Press, Oxford

Farrow EP (1942) A practical method of self-analysis. Allen & Unwin, London

Federn P (1932) The reality of death instinct, especially in melancholia. Remarks on Freud's book «Civilisation and its discontents». Psychoanal Rev 19:129—151

Federn P (1952) Ego psychology and the psychoses. Basic Books, New York

Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920—1930. In: Rad & S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (eds) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Int Psychoanal Verlag, Vienna

Fenichel O (1934) Besprechung von T. Reik: «New ways in psycho-analytic technique». Int Z Psychoanal 20:399—400

Fenichel O (1941) Problems of psychoanalytic technique. Psychoanal Quart Inc, Albany New York

Fenichel O (1945) The psychoanalytic theory of neurosis. Norton, New York

Fenichel O (1953[1935a]) Concerning the theory of psychoanalytic technique. In: The collected papers of Otto Fenichel, first series. Norton, New York, pp 332—348

Fenichel O (1953[1935b]) A critique of the death instinct. In: The collected papers of Otto Fenichel, first series. Norton, New York, pp 636—372

Ferenczi S (1950[1919a]) On the technique of psycho-analysis. In: Jones E, Rickman J (eds) Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis by Sandor Ferenczi M.D. Hogarth, London, pp 177—189

Ferenczi S (1950[1919b]) Technical difficulties in a case of hysteria. In: Jones E, Rickman J (eds) Further contributions to the theory and technique of psycho-analysis by Sandor Ferenczi M. D. Hogarth, London, pp 189—197

Ferenczi S (1950[1925]) Psychoanalysis of sexual habits. In: Jones E, Rickman J (eds) Further contributions to the theory and technique of psychoanalysis by Sandor Ferenczi M. D. Hogarth, London, pp 259—297

Ferenczi S (1955[1912]) Dirigible dreams. In: Balint M (ed) Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis by Sandor Ferenczi M. D. Hogarth, London, pp 313—315

Ferenczi S (1955[1927]) The problem of the termination of analysis. In: Balint M (ed) Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis by Sandor Ferenczi M. D. Hogarth, London, pp 77—86

Ferenczi S (1955[1928]) The elasticity of psychoanalytic technique. In: Balint M (ed) Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis by Sandor Ferenczi M. D. Hogarth, London, pp 87—101

Ferenczi S (1955[1933]) The confusion of tongues between adults and the child. In: Balint M (ed) Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis by Sandor Ferenczi M. D. Hogarth, London, pp 156—167

Ferenczi S, Rank O (1924) Entwicklungsziele der Psychoanalyse. Int Psychoanal Verlag, Vienna

Ferguson M (1981) Progress and theory change. The two analyses of Mr. Z. Annu Psychoanal 9:133—160

Fine BD, Joseph ED, Waldhorn HF (eds) (1971) Recollection and reconstruction. Reconstruction in psychoanalysis (The Kris study group of the New York Psychoanalytic Institute, monograph 4). International University Press, New York

Fine BD, Waldhorn HF (eds) (1975) Alterations in defences during psychoanalysis. Aspects of psychoanalytic intervention (The Kris study group of the New York Psychoanalytic Institute, monograph 6). International University Press, New York

Fingarette H (1977) Self-deception. Routledge & Kegan Paul, London

Firestein SK (1982) Termination of psychoanalysis. Theoretical, clinical, and pedagogic considerations. Psychoanal Inquiry 2:473—497

Fisher C (1965) Psychoanalytic implications of recent research on sleep and dreaming. J Am Psychoanal Assoc 13:197—270

Fisher S, Greenberg RP (1977) The scientific credibility of Freud's theories and therapies. Basic Books, New York

Flader D, Grodzicki WD (1978) Hypothesen zur Wirkungsweise der psychoanalytischen Grundregel, Psyche 32:545—594

Flader D, Grodzicki WD (1982) Die psychoanalytische Deutung. Eine diskursanalytische Fallstudie. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (eds) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 138—193

Fliess R (1953) Counter-transference and counter-identification. J Am Psychoanal Assoc 1:268—284

Foppa K (1968) Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Ergebnisse und Probleme der Lernpsychologie. Kiepenheuer & Witsch, Cologne Berlin

Fosshage JL (1983) The psychological function of dreams. A revised psychoanalytic perspective. Psychoanal Contemp Thought 6:641—669

Foulkes D (1977) Children's dreams. Ages changes and sex differences. Waking and Sleeping 1:171—174

Foulkes D (1979) Children's dreams. In: Wolman BB (ed) Handbook of dreams. Van Nostrand, New York, pp 131—167

Foulkes D (1982) Children's dreams. Longitudinal studies. Wiley, New York

Frank A (1979) Two theories or one? Or none? J Am Psychoanal Assoc 27:169—207

French TM (1933) Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. Am J Psychiatry 89:1165—1203

French TM (1936) A clinical study of learning in the course of psychoanalytic treatment. Psychoanal Q 5:148—194

French TM (1952) The integration of behaviour. Vol I: Basic postulates. University of Chicago Press, Chicago

French TM (1970) Psychoanalytic interpretations. The selected papers of Thomas M. French, M.D. Quadrangle, Chicago

French TM, Fromm E (1964) Dream interpretation. Basic Books, New York

Freud A (1927) Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig. Engl edn: (1948) Introduction to the technique of child analysis. Imago, London

Freud A (1937) The ego mand the mechanisms of defence. Hogarth, London

Freud A (1954a) The widening scope of indications for psychoanalysis. Discussion. J Am Psychoanal Assoc 2:607—620

Freud A (1954b) Problems of technique in adult analysis. Bulletin of the Philadelphia Association for Psychoanalysis 4:44—69

Freud A (1971) The ideal psychoanalytic institute. A utopia. In: Freud A (ed) The writings of Anna Freud, vol VII, p 73—93. International University Press, New York
Freud A (1972a) Child analysis as a sub-speciality of psychoanalysis. Int J Psychoanal 53:151—156
Freud A (1972b) Comments on aggression. Int J Psychoanal 53:163—171
Freud A (1983) Some observations. In: Joseph ED, Widlöcher D (eds) The identing of the psychoanalyst (Int Psychoanal Assoc, monograph series no 2). International University Press, New York, pp 257—263
Freud S (1895d) Studies on hysteria. SE vol II
Freud S (1900a) The interpretation of dreams. SE vol VI/V, pp 1—625
Freud S (1901a) On dreams. SE vol V, pp 629—686
Freud S (1904a) Freud's psychoanalytic procedure. SE vol VII, pp 247—254
Freud S (1905a) On psychotherapy. SE vol VII, pp 255—268
Freud S (1905d) Three essays on the theory of sexuality. SE vol VII, pp 123—245
Freud S (1905e) Fragment of an analysis of a case of hysteria. SE vol VII, pp 1—122
Freud S (1906c) Psycho-analysis and the establishment of facts in legal proceedings. SE vol IX, pp 97—114
Freud S (1906b) Analysis of a phobia in a five-year-old boy. SE vol X, pp 1—149
Freud S (1909d) Note upon a case of obsessional neurosis. SE vol X, pp 151—318
Freud S (1910a) Five lectures on psycho-analysis. SE vol XI, pp 1—55
Freud S (1910d) The future prospects of psycho-analytic therapy. SE vol XI, pp 139—151
Freud S (1910k) 'Wild' psycho-analysis. SE vol XI, pp 219—227
Freud S (1911b) Formulations on the two principles of mental functioning. SE vol XII, pp 213—226
Freud S (1911e) The handling of dream-interpretation in psycho-analysis. SE vol XII, pp 89—96
Freud S (1912b) The dynamics of transference. Se vol XII, pp 97—108
Freud S (1912e) Recommandations to physicians practising psycho-analysis. SE vol XII, pp 109—120
Freud S (1913c) On beginning the treatment. SE vol XII, pp 121—144
Freud S (1913h) Observations and examples from analytic practise. SE vol XIII, pp 189—198
Freud S (1914d) On the history of the psycho-analytic movement. SE vol XIV, pp 1—66
Freud S (1914g) Remembering, repeating, and working through SE vol XII, pp 145—156
Freud S (1915a) Observations on transference-love. SE vol XII, pp 157—171
Freud S (1915c) Instincts and their vicissitudes. SE vol XIV, pp 109—140
Freud S (1915e) The unconscious. SE vol XIV, pp 159—215
Freud S (1916a) On transience. SE vol XIV, pp 303—307
Freud S (1916/17) Introductory lectures on psycho-analysis. SE vol XV/XVI
Freud S (1917d) A metapsychological supplement to the theory of dreams. SE vol XIV, pp 217—235
Freud S (1917e) Mourning and melancholia. SE vol XIV, pp 237—258
Freud S (1918b) From the history of an infantile neurosis. SE vol XVII, pp 1—122

Freud S (1919a) Lines of advance in psycho-analytic therapy. SE vol XVII, pp 157—168
Freud S (1919e) 'A child is being beaten'. SE vol XVII, pp 175—204
Freud S (1919j) On the teaching of psycho-analysis in universities. SE vol XVII, pp 169—173
Freud S (1920a) The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman. SE vol XVII, pp 145—172
Freud S (1920g) Beyond the pleasure principle. SE vol XVIII, pp 1—64
Freud S (1921c) Group psychology and the analysis of the ego. SE vol XVIII, pp 65—143
Freud S (1922d) Publications and prizes. SE vol XVII, p 269
Freud S (1923a) Two encyclopaedia articles. SE vol XVIII, pp 233—259
Freud S (1923b) The ego and the id. SE vol XIX, pp 1—66
Freud S (1923c) Remarks on the theory and practise of dream-interpretation. SE vol XIX, pp 107—121
Freud S (1925d) An autobiographical study. SE vol XX, pp 1—74
Freud S (1926c) Prefatory note to a paper by E. Pickworth Farrow. SE vol XX, p 280
Freud S (1926d) Inhibitions, symptoms, and anxiety. SE vol XX, pp 75—174
Freud S (1926e) The question of lay analysis. SE vol XX, pp 177—250
Freud S (1926f) Psycho-analysis. SE vol XX, pp 259—270
Freud S (1927a) Postscript to the question of lay analysis. SE vol XX, pp 251—258
Freud S (1930a) Civilisation and its discontents. SE vol XXI, pp 57—145
Freud S (1930b) Preface to «Ten years of the Berlin Psychoanalytic Institute». SE vol XXI, p 257
Freud S (1931d) The expert opinion of the Halsmann case. SE vol XXI, pp 251—253
Freud S (1933a) New introductory lectures on psycho-analysis. SE vol XXII, pp 1—182
Freud S (1933b) Why war? SE vol XXII, pp 195—215
Freud S (1937c) Analysis terminable and interminable. SE vol XXII, pp 209—253
Freud S (1937d) Constructions in analysis. SE vol XXIII, pp 255—269
Freud S (1940a) An outline of psycho-analysis. SE vol XXIII, pp 139—207
Freud S (1950a) Project for a scientific psychology. SE vol I, pp 281—397
Freud S (1960a) In: Freud E, Freud L (eds) Letters of Sigmund Freud. Basic Books, New York
Friedman L (1978) Trends in the psychoanalytic theory of treatment. Psychoanal Q 47:524—567
Fürstenau P (1964) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Eine Auseinandersetzung mit Heinz Hartmann. Jahrb Psychoanal 3:30—55
Fürstenau P (1977) Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. In: Pongratz LJ (ed) Klinische Psychologie. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich (Handbuch der Psychologie, vol 8/1, pp 847—888)
Gabel H, Deneke F, Meyer AE, Bolz W, Stuhr U (1981) Our focus formulations. Practicability for therapy. Content analyses and relation to outcome and other variables. Psychother Psychosom 35:110—133
Gabel J (1975) False consciousness. An essay on reification. Basil Blackwell, Oxford

Gadamer HG (1965) Wahrheit und Methode. Anwendungen einer philosophischen Hermeneutik. Mohr Tübingen

Gardiner M (1971) The wolf-man. Basic Books, New York

Garfield SL, Bergin AE ((eds) (1978) Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis, 2nd edn. Wiley, New York

Gaskill HS (1980) The closing phase of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis. «The myth of perfectibility». Int J Psychoanal 61:11—23

Geist WB, Kächele H (1979) Zwei Traumserien in einer psychoanalytischen Behandlung. Jahrb Psychoanal 11:138—165

Gill HS (1982) The life-context of the dreamer and the setting of dreaming. Int J Psychoanal 63:475—482

Gill MM (1976) Metapsychology is not psychology. In: Gill MM, Holzman PS (eds) Psychology versus metapsychology. Psychoanalytic essays in memory of George S. Klein (Psychological issues, vol 9, no 4, monograph 36). Basic Books, New York, pp 71—105

Gill MM (1977) Psychic energy reconsidered. Discussion. J Am Psychoanal Assoc 25:581—597

Gill MM (1979) The analysis of the transference. J Am Psychoanal Assoc 27 (Suppl):263—288

Gill MM (1982) Analysis of transference. Vol I: Theory and technique. International University Press, New York

Gill MM (1983) The point of view of psychoanalysis. Energy discharge or person. Psychoanal Contemp Thought 6:523—551

Gill MM, Hoffman IZ (1982) Analysis of transference. Vol II: Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. International University Press, New York

Gill MM, Holzman PS (eds) (1976) Psychology versus metapsychology. Psychoanalytic essays in memory of George S Klein (Psychological issues, vol 9, no 4, monograph 36). International University Press, New York

Gill MM, Klein GS (1964) The structuring of drive and reality. David Rapaport's contribution to psychoanalysis and psychology. Int J Psychoanal 45:483—498

Gill MM, Newman, R, Redlich FC (1954) The initial interview in psychiatric practice. International University Press, New York

Gillespie WH (1971) Aggression and instinct theory. Int J Psychoanal 52:155—160

Gilman RD (1982) The termination phase in psychoanalytic practice. A survey of 48 completed cases. Psychoanal Inquiry 2:463—472

Giora Z (1981) Dream styles and the psychology of dreaming. Psychoanal Contemp Thought 4:291—381

Giovacchini PL (1972) Interpretation and definition of the analytic setting. In: Giovacchini PL (ed) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Hogarth, London

Gitelson M (1952) The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. Int J Psychoanal 33:1—10

Gitelson M (1962) The curative factors in psycho-analysis I. The first phase of psychoanalysis. Int J Psychoanal 43:194—205

Gitelson M (1964) On the identity crisis in American psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 12:451—476

Glover E (1937) On the theory of the therapeutic results of psycho-analysis. Int J Psychoanal 18:125—132

Glover E (1945) Examination of the Klein system of child psychology. Psychoanal Study Child 1:75—118
Glover E (1955) The technique of psychoanalysis. Baillière Tindall & Cox, London
Glymour C (1980) Theory and evidence. Princeton University Press, Princeton
Göring MH (ed) (1934) Deutsche Seelenheilkunde. Hirzel, Leipzig
Görres A, Heiss R, Thomä H, Uexküll T von (1964) Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und der Psychosomatischen Medizin. Steiner, Wiesbaden
Goffman E (1961) Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Doubleday, New York
Goldberg A (1981) One theory or more? Contemp Psychoanal 17:626—638
Grassi E (1979) Die Macht der Phantasie. Zur Geschichte abendländischen Denkens. Athenäum, Königstein im Taunus
Green A (1977) Conceptions of affect. Int J Psychoanal 58:129—156
Greenacre P (1950) General problems of acting out. Psychoanal Q 19:455—467
Greenacre P (1954) The role of transference. Practical considerations in relation to psychoanalytic therapy. J Am Psychoanal Assoc 2:671—684
Greenacre P (1956) Re-evaluation of the process of working through. Int J Psychoanal 37:439—444
Greenberg JR, Mitchell SA (1983) Object relations in psychoanalytic theory. Harvard University Press, Cambridgeusetts
Greenberg R, Pearlman C (1975) A psychoanalytic dream continuum. The source and function of dreams. Int Rev Psychoanal 2:441—448
Greene TA (1979) C.G. Jung's theory of dreams. In: Wolman BB (ed) Handbook of dreams. Van Nostrand, New York, pp 298—318
Greenson RR (1960) Empathy and its vicissitudes. Int J Psychoanal 41:418—424
Greenson RR (1965) The problem of working through. In: Schur M (ed) Drives, affects, behavior, vol 2. International University Press, New York, pp 277—314
Greenson RR (1967) The technique and practice of psychoanalysis, vol I. International University Press, New York
Greenson RR (1974) The decline and fall of the 50-minute hour. J am Psychoanal Assoc 22:785—791
Greenson RR (1978) On transitional objects and transference. In: Grolnick SA, Barkin L, Muensterberger W (eds) Between reality and fantasy. Transitional objects and phenomena. Aronson, New York, pp 205—209
Greenson RR, Heimann P, Wexler M (1970) Discussion of the «non-transference relationship in the psychoanalytic situation» (Plenary session of the 26th International Psychoanalytical Congress, Rome 28 July 1969). Int J Psychoanal 51:143—150
Greenspan SI (1979) Intelligence and adaption. An integration of psychoanalytic and Piagetian developmental psychology. International University Press, New York
Greenspan SI (1981) The clinical interview of the child. McGraw-Hill, New York
Greenspan SI, Pollock GH (eds) (1980a) The course of life. Psychoanalytic contributions toward understanding personality development. Vol I: Infancy and early childhood. US Department of Health and Human Services, Washington DC
Greenspan SI, Pollock GH (eds) (1980b) The course of life. Psychoanalytic contribution toward understanding personality development. Vol II:

Latency, adolescence and youth. US Department of Health and Human Services, Washington DC

Greenspan SI, Pollock GH (eds) (1981) The course of life. Psychoanalytic contribution toward understanding personality development. Vol III: Adulthood and aging process. US Department of Health and Human Services, Washington DC

Grice HP (1975) Logic and conversation. In: Cole P, Morgan JL (eds) Speech acts. Seminar Press, New York (Syntax and semantics, vol 3, pp 41—58)

Grinberg L (1979) Projective counteridentification and countertransference. In: Epstein L, Feiner AH (eds) Countertransference. Aronson, New York, pp 169—191

Groen-Prakken H (1984) Government and psychoanalytic training. Psychoanalysis in Europe. Bull Eur Psychoanal Fed (Engl edn) 23:77—84

Grossman WI, Simon B (1969) Anthropomorphism. Motive, meaning, and causality in psychoanalytic theory. Psychoanal Study Child 24:78—111

Grotjahn M (1950) About the «third ear» in psychoanalysis. Psychoanal Rev 37:56—65

Grotstein JS (1982) Newer perspectives in object relation theory. Contemp Psychoanal 18:43—91

Grünbaum A (1982) Can psychoanalytic theory be cogently tested «on the couch»? Psychoanal Contemp Thought 5:155—255, 311—436

Grünbaum A (1984) The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique. University of California Press, Berkeley Los Angeles London

Grunberger B (1958) Über-Ich und Narzißmus in der analytischen Situation. Psyche 12:270—290

Grunert J (1984) Zur Geschichte der Psychoanalyse in München. Psyche 38:865—904

Grunert U (1979) Die negative therapeutische Reaktion als Ausdruck einer Störung im Loslösungs- und Individuationsprozeß. Psyche 33:1—28

Grunert U (1982) Selbstdarstellung und Selbstentwicklung im manifesten Traum. Jahrb Psychoanal 14:179—209

Guntrip H (1961) Personality structure and human interaction. International University Press, New York

Guntrip H (1968) Schizoid phenomena, object relation, and the self. Hogarth, London

Guntrip H (1971) Psychoanalytic theory, therapy, and the self. Basic Books, New York

Guntrip H (1975) My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott. Int Rev Psychoanal 2:145—156

Haarstrick R (1976) Kommentierung der Psychotherapie-Vereinbarungen. Dtsch Ärztebl 73:2084—2087

Habermas J (1971) Knowledge and human interests. Beacon Press, Boston

Habermas J (1981) Theorie des kommunikativen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Habermas J (1985) Theory of communicative action, vol 1. Beacon Press, Boston

Häfner H (1985) Sind psychische Krankheiten häufiger geworden? Nervenarzt 56:120—133

Hall CS, Lindzey G (1968) The relevance of Freudian psychology and related viewpoints for the social sciences. In: Lindzey G, Aronson E (eds) Historical introduction. Systematic positions. Addison-Wesley, Reading Menlo

Park London Don Mills (The handbook of social psychology, 2nd edn, vol 1, pp 245—319)
Harlow HF (1958) The nature of love. Am Psychol 13:673—685
Harlow HF (1962) The heterosexual affectional system in monkeys. Am Psychol 17:1—9
Hartmann H (1927) Die Grundlagen der Psychoanalyse. Thieme, Leipzig
Hartmann H (1955) Notes on the theory of sublimation. Psychoanal Study Child 10:9—29
Hartmann H (1958[1939]) Ego psychology and the problem of adaption. International University Press, New York
Hartmann H, Kris E, Loewenstein RM (1949) Notes on the theory of aggression. Psichoanal Study Child 3—4:9—36
Hartmann H, Kris E, Loewenstein RM (1953) The function of theory in psychoanalysis. In: Loewenstein RM (ed) Drives, affects, behaviour. International University Press, New York, pp 13—37
Hartocollis P (1980) Time and the dream. J Am Psychoanal Assoc 28:861—877
Hartocollis P (1985) Time and timelessness. A psychoanalytic exploration of the varieties of temporal experience. International University Press, New York
Hatcher RL (1973) Insight and self-observation. The development of the concept of insight in psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 21:377—398
Hayman A (1969) What do we mean by «Id»? J Am Psychoanal Assoc 17:353—380
Heigl FS, Triebel A (1977) Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Die Technik der Bestätigung. Eine empirische Untersuchung. Huber, Bern Stuttgart
Heimann P (1950) On countertransference. Int J Psychoanal 31:81—84
Heimann P (1956) Dynamics of transference interpretations. Int J Psychoanal 37:303—310
Heimann P (1960) Counter-transference. Br J Med Psychol 33:9—15
Heimann P (1966) Bemerkungen zum Arbeitsbegriff in der Psychoanalyse. Psyche 20:321—361
Heimann P (1969) Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers. Psyche 23:2—24
Heimann P (1970) Opening and closing remarks of the moderator. Plenary Session of the 26th international congress, Rome, 28 July 1969. Discussion of the «non-transference relationship in the psychoanalytic situation». Int J Psychoanal 51:145—147
Heimann P (1977) Further observations on the analyst's cognitive process. J Am Psychoanal Assoc 25:313—333
Heimann P (1978) Über die Notwendigkeit für den Analytiker mit seinen Patienten natürlich zu sein. In: Drews S et al (eds) Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 215—230
Hendrick I (1942) Instinct and the ego during infancy. Psychoanal Q 11:33—58
Hendrick I (1943a) Work and the pleasure principle. Psychoanal Q 12:311—329
Hendrick I (1943b) The discussion of the «instinct to master». A letter to the editors. Psychoanal Q 12:561—565
Henseler H (1974) Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Hermann I (1963) Die Psychoanalyse als Methode, 2nd edn. Westdeutscher Verlag, Cologne Opladen

Herrmann T (1979) Psychologie als Problem. Klett-Cotta, Stuttgart

Hesse MB (1966) Models and analogies in science. University Press, Notre Dame

Hoffer W (1950) Three psychological criteria for the termination of treatment. Int J Psychoanal 37:194—195

Hoffmann SO (1979) Charakter und Neurose. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Hoffmann SO (1983) Die niederfrequente psychoanalytische Langzeittherapie. Konzeption, Technik und Versuch einer Abgrenzung gegenüber dem klassischen Verfahren. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 183—193

Hohage R, Klöss L, Kächele H (1981) Über die diagnostisch-therapeutische Funktion von Erstgesprächen in einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psyche 35:544—556

Hohage R, Thomä H (1982) Über das Auftauchen von Erinnerungen als Ergebnis fokussierter Traumdeutung. Z Psychosom Med 28:385—392

Holt RR (1964) The emergence of cognitive psychology. J Am Psychoanal Assoc 12:650—655

Holt RR (1967a) David Rapaport. A memoir. In: Holt RR (ed) Motives and thought Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport (Psychological issues, vol 5, no 2—3, monograph 18—19). International University Press, New York, pp 7—17

Holt RR (1967b) The development of the primary process. A structural view. In: Holt RR (ed) Motives and thought. Psychoanalytic essays in honor of David Rapaport (Psychological issues, vol 5, no 2—3, monograph 18—19). International University Press, New York, pp 344—383

Holt RR (1976) Drive or wish? A reconsideration of the psychoanalytic theory of motivation. In: Gill MM, Holrman PS (eds) Psychology versus metapsychology. Psychoanalytic essays in memory of George S. Klein (Psychological issues, vol 9, no 4, monograph 36). International University Press, New York, pp 158—197

Holt RR (1981) The death and transfiguration of metapsychology. Int Rev Psychoanal 8:129—143

Holt RR (1982) The manifest and latent meanings of metapsychology. Annu Psychoanal 10:233—255

Holt RR (1984) Biographical sketch. Merton M. Gill. Psychoanal Inquiry 4:315—323

Holzman PS (1976) The future of psychoanalysis and its institutes. Psychoanal Q 45:250—273

Home H (1966) The concept of mind. Int J Psychoanal 47:42—49

Hurvich M (1970) On the concept of reality testing. Int J Psychoanal 51:299—312

Huxter H, Lower R, Escoll P (1975) Some pitfalls in the assessment of analyzability in a psychoanalytic clinic. J Am Psychoanal Assoc 23:90—106

Isaacs S (1939) Criteria for interpretation. Int J Psychoanal 20:148—160

Jacobson E (1964) The self and the object world. International University Press, New York

Jaspers K (1963) General psychopathology. University of Chicago Press, Chicago

Jones E (1920) Treatment of the neuroses. Baillière Tindall & Cox, London

Jones E (1936) Results of treatment. In: Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis, May 1926—May 1936, pp 12—14 (unpublished report)

Jones E (1959) Free associations. Basic Books, New York
Jones E (1954) Sigmund Freud. Life and work, vols I—III. Hogarth, London
Joseph ED, Widlöcher D (eds) (1983) The identity of the psychoanalyst (Int Psychoanal Assoc, monograph series no 2). International University Press, New York
Jung CG (1981[1906]) Experimental researches. In: The collected works of C. G. Jung, vol 2. Bollingen, Princeton
Jung CG (1972[1912]) The psychology of the unconscious. In: The collected works of C. G. Jung, vol 7. Bollingen, Princeton, pp 3—117
Jung CG (1964[1928]) The relations between the ego and the unconscious. In: The collected works of C. G. Jung, vol 7. Bollingen, Princeton, pp 202—507
Junker H, Waßner T (1984) Psychotherapeutisch denken. Patient und Therapeut in der analytischen Arbeit. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jahrb Psychoanal 12:118—177
Kächele H (1985) Zwischen Skylla und Charybdis. Erfahrungen mit dem Liegungsrückblick. Psychother Med Psychol 35:306—309
Kächele H, Schors R (1981) Ansätze und Ergebnisse psychoanalytischer Therapieforschung. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (eds) Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis, vol 4, Huber, Bern Stuttgart Vienna, pp 209—257
Kafka E (1979) On examination dreams. Psychoanal Q 48:426—447
Kafka JS (1977) On reality. An examination of object constancy, ambiguity, paradox and time. Psychiatry Human 2:133—158
Kaiser H (1934) Probleme der Technik. Int Z Psychoanal 20:490—522
Kaminski G (1970) Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Entwurf einer integrativen Theorie psychologischer Praxis am Individuum. Klett, Stuttgart
Kandel ER (1979) Psychotherapy and the single synapse. The impact of psychiatric thought on neurobiologic research. N Engl J Med 301:1028—1037
Kandel ER (1983) From metapsychology to molecular biology. Explorations into the nature of anxiety. Am J Psychiatry 140:1277—1293
Kanzer M (1955) The communicative function of the dream. Int J Psychoanal 36:260—266
Kanzer M (1961) Verbal and nonverbal aspects of free association. Psychoanal Q 30:327—350
Kanzer M (1966) The motor sphere of transference. Psychoanal Q 35:522—539
Kanzer M (1972) Superego aspects of free association and the fundamental rule. J Am Psychoanal Assoc 20:246—266
Kanzer M (1979) Object relations theory. An introduction. J Am Psychoanal Assoc 27:313—325
Kanzer M, Glenn J (eds) (1980) Freud and his patients. Aronson, New York
Kemper WW (1950) Die Honorarfrage in der Psychotherapie. Psyche 4:201—221
Kemper WW (1969) Übertragung und Gegenübertragung als funktionale Einheit. Jahrb Psychoanal 6:35—68
Kemper WW (1973) Werner W. Kemper. In: Pongratz LJ (ed) Psychotherapie in Selbstdarstellungen. Huber, Bern Stuttgart Vienna, pp 259—345
Kernberg OF (1965) Notes on countertransference. J Am Psychoanal Assoc 13:38—56

Kernberg OF (1972) Critique of the Kleinian school. In: Giovacchini PL (ed) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Hogarth, London, pp 62—93

Kernberg OF (1975) Borderline conditions and pathological narcissism. Aronson, New York

Kernberg OF (1977) The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis P (ed) Borderline personality disorders. International University Press, New York, pp 87—121

Kernberg OF (1979) Some implications of object relations theory for psychoanalytic technique. J Am Psychoanal Assoc 27 [Suppl]:207—239

Kernberg OF (1981) Structural interviewing. Psychiatr Clin North Am 4:169—195

Kernberg OF (1982) To teach or not to teach psychotherapy techniques in psychoanalytic education. In: Joseph ED, Wallerstein RS (eds) Psychotherapy. Impact on psychoanalytic training. The influence of practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis (Int Psychoanal Assoc, monograph series no 1). International University Press, New York, pp 1—37

Kernberg OF (1984) Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies. Yale University Press, New Haven London

Kernberg OF (1985) Changes in the nature of psychoanalyse training, structure of training, and standards of training. In: Wallerstein RS (ed) Changes in analysts and their training (Int Psychoanal Assoc, monograph series no 4). International Psychoanalytic Association, London, pp 56—61

Kernberg OF, Bursteine ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H (1972) Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. Bull Menn Clin 36:3—275

Kerz JP (1985) Das wiedergefundene «Es». Zu Bernd Nitzschkes Aufsatz über die Herkunft des «Es». Psyche 85:125—149

Khan MMR (1969) On the clinical provision of frustrations, recognitions, and failures in the analytic situation. Int J Psychoanal 50:237—248

Kiener F (1978) Empirische Kontrolle psychoanalytischer Thesen. In: Pongratz LJ (ed) Klinische Psychologie. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich (Handbuch der Psychologie, vol 8/2, pp 1200—1241)

King P (1983) Paula Heimann and the British Psychoanalytical Society. Her quest for her own identity as a psycho-analyst. Br Psychoanal Soc Bull 6:20—30

Klauber J (1968) On the dual use of historical and scientific method in psychoanalysis. Int J Psychoanal 49:80—88

Klauber J (1972a) On the relationship of transference and interpretation in psychoanalytic therapy. Int J Psychoanal 53:385—391

Klauber J (1972b) Psychoanalytic consultation. In: Giovacchini PL (ed) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy. Hogarth, London, pp 99—112

Klauber J (1981) Difficulties in the analytic encounter. Aronson, New York London

Klaus G, Buhr M (1972) Philosophisches Wörterbuch, vol 2. Das europäische Buch, Berlin

Klein GS (1969) Freud's two theories of sexuality. In: Breger L (ed) Clinical-cognitive psychology. Models and integrations. Prentice Hall, Englewood Cliffs, pp 136—181

Klein GS (1970) Two theories or one? Bull Menn Clin 37:102—132

Klein GS (1973) Is psychoanalysis relevant? Psychoanal Contemp Sci 2:3—21

Klein GS (1976) Psychoanalytic theory. An exploration of essentials. International University Press, New York

Klein M (1935) A contribution to the psychogenesis of manic-depressiv states. Int J Psychoanal 16:145—174

Klein M (1945) The Oedipus complex in the light of early anxieties. Int J Psychoanal 26:11—33

Klein M (1946) Notes on some schiziod mechanisms. Int J Psychoanal 27:99—110

Klein M (1948) Contributions to psycho-analysis, 1921—1945. Hogarth, London

Klein M (1957) Envy and gratitude. A study of unconscious sources. Basic Books, New York

Klein Milton (1981) On Mahler's autistic and symbiotic phases. An exposition and evaluation. Psychoanal Contemp thought 4:69—105

Kline P (1972) Fact and fantasy in Freudian theory. Methuen, London

Klüwer R (1983) Agieren und Mitagieren. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 132—145

Klüwer R (1985) Versuch einer Standortbestimmung der Fokaltherapie als psychoanalytische Kurztherapie. In: Leuzinger-Bohleber M (ed) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag. Opladen, pp 54—93

Knight RP (1941) Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. Am J Psychiatry 98:434—446

Köhler-Weisker A (1978) Freuds Behandlungstechnik und die Technik der klienten-zentrierten Gesprächspsychotherapie nach Rogers. Psyche 32:827—847

Kohl RN (1962) Pathologic reactions of marital partners to improvement of patient. Am J Psychiatry 118:1036—1041

Kohut H (1959) Introspection, empathy, and psychoanalysis an examination of the relationship between mode of observation and theory. J Am Psychoanal Assoc 7:459—483

Kohut H (1971) The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. International University Press, New York

Kohut H (1973) Psychoanalysis in a troubled world. Annu Psychoanal 1:3—25

Kohut H (1977) The restoration of the self. International University Press, New York

Kohut H (1979) The two analyses of Mr. Z. Int J Psychoanal 60:3—27

Kohut H (1984) How does analysis cure? University of Chicago Press, Chicago London

Kordy H, Rad M von, Senf W (1983) Success and failure in psychotherapy: Hypotheses and results from the Heidelberg follow-up project. Psychother Psychosom 40:211—227

Koukkou M, Lehmann D (1980) Psychophysiologie des Träumens und der Neurosentherapie. Das Zustands-Wechsel-Modell, eine Synopsis. Fortschr Neurol Psychiatr 48:324—350

Koukkou M, Lehmann D (1983) Dreaming. The functional stateshift hypothesis, a neuropsychophysiological model. Br J Psychiatry 142:221—231

Kramer MK (1959) On the continuation of the analytic process after psychoanalysis. A selfobservation. Int J Psychoanal 40:17—25

Krause R (1983) Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. Psyche 37:1016—1043

Krause R (1985) Über die psychoanalytische Affektlehre am Beispiel der Einsicht. In: Eckensberger LH, Lantermann ED (eds) Emotion und Reflexivität. Urban & Schwarzenberg, Munich Vienna Baltimore, pp 267—290

Kris AO (1982) Free association. Method and process. Yale University Press, New Haven

Kris E (1936) The psychology of caricature. Int J Psychoanal 17:285—303

Kris E (1950) On preconscious mental processes. Psychoanal Q 19:540—560

Kris E (1951) Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy. Psychoanal Q 20:15—30

Kris E (1956a) On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. Int J Psychoanal 37:445—455

Kris E (1956b) The recovery of childhood memories in psychoanalysis. Psychoanal Study Child 11:54—88

Kris E (1975[1947]) The nature of psychoanalytic propositions and their validation. In: Newman LM (ed) Selected papers of Ernst Kris. Yale University Press, New Haven, pp 3—23

Krohn A (1978) Hysteria, the elusive neurosis. International University Press, New York

Kubie LS (1935) Über die Beziehung zwischen dem bedingten Reflex und der psychoanalytischen Technik. Imago 21:44—49

Kubie LS (1947) The fallacious use of quantitative concepts in dynamic psychology. Psychoanal Q 16:507—518

Künzler E, Zimmermann I (1965) Zur Eröffnung des Erstinterviews. Psyche 19:68—79

Kuhn TS (1962) The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press, Chicago

Kuiper PC (1968) Indications and contraindications for psychoanalytic treatment. Int J Psychoanal 49:261—264

Kunz H (1946a) Die anthropologische Bedeutung der Phantasie. Recht und Gesellschaft, Basel

Kunz H (1946b) Die Aggressivität und die Zärtlichkeit. Zwei psychologische Studien. Francke, Bern

Lacan J (1968) The language of the self. The function of language in psychoanalysis. Johns Hopkins Press, Baltimore

Lampl-de Groot J (1976) Personal experience with psychoanalytic technique and theory during the last half century. Psychoanal Study Child 37:283—296

Langs RJ (1976) The bipersonal field. Aronson, New York

Laplanche J, Pontalis JB (1973) The language of psycho-analysis. Hogarth, London

Lasch C (1979) Haven in a heartless world. The family besieged. Basic Books, New York

Laufer M (1982) The cost of psychoanalytic training and the future psychoanalyst. Int Psychoanal Assoc Newsletter 14(2):1

Lebovici S, Soule M (1970) La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. Presses Universitaires de France, Paris

Leeuw PJ van der (1965) Zur Entwicklung des Begriffs der Abwehr. Psyche 19:161—171

Leider RJ (1984) The neutrality of the analyst in the analytic situation. J Am Psychoanal Assoc 32:573—585

Lenk H (1973) Zu neueren Ansätzen der Technikphilosophie. In: Lenk H, Moser S (eds) Techne, Technik, Technologie. Verlag Dokumentation, Pullach

Leupold-Löwenthal H (1984) Zur Geschichte der «Frage der Laienanalyse». Psyche 38:97—120

Leuzinger M (1981) Kognitive Prozesse bei der Indikationsstellung. In: Baumann U (ed) Indikation zur Psychotherapie. Perspektiven für Praxis und Forschung (Fortschritte der klinischen Psychologie, vol 25). Urban & Schwarzenberg, Munich Vienna Baltimore, pp 103—121

Leuzinger M (1984) Psychotherapeutische Denkprozesse. Kognitive Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren. PSZ-Verlag, Ulm

Leuzinger M, Kächele H (1985) Veränderte Wahrnehmung von Traumgestalten im psychoanalytischen Behandlungsprozeß. In: Czogalik D, Ehlers W, Teufel R (eds) Perspektiven der Psychotherapieforschung. Einzelfall, Gruppe, Institution. Hochschulverlag, Freiburg im Breisgau, pp 94—119

Leuzinger-Bohleber M (1985) Psychoanalytische Fokaltherapie. Eine klassische psychoanalytische Kurztherapie in Institutionen. In: Leuzinger-Bohleber M (ed) Psychoanalytische Kurztherapien. Westdeutscher Verlag, Opladen, pp 54—93

Lewin BD (1946) Sleep, the mouth, and the dream screen. Psychoanal Q 15:419—434

Lewin BD (1950) The psychoanalysis of elation. Norton, New York

Lichtenberg JD (1983) Psychoanalysis and infant research. Analytic Press, Hillsdale

Lichtenstein H (1974) Some considerations regarding the phenomenology of the repetition compulsion and the death instinct. Annu Psychoanal 2:63—84

Lidz T (1968) The person. His development throughout the life cycle. Basic Books, New York

Lidz T, Fleck S (1985) Schizophrenia and the family, rev edn. International University Press, New York

Lidz T, Fleck S, Cornelison AR (1965) Schizophrenia and the family. International University Press, New York

Lifton RJ (1985) Review of the book «Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute» by Geoffry Cocks. The New York Times 27 January 1985, pp 1 and 28

Limentani A (1981) On some positive aspects of negative therapeutic reaction. Int J Psychoanal 62:379—390

Lindsay PH, Norman DA (1977) Human information processing. An introduction to psychology, 2nd edn. Academic Press, New York

Lipton SD (1982) Essays on Paul Dewald's «The psychoanalytic process». Contemp Psychoanal 18:349—372

Little M (1951) Counter-transference and the patient's response to it. Int J Psychoanal 32:32—40

Loch W (1963) Regression. Über den Begriff und seine Bedeutung in einer allgemeinen psychoanalytischen Neurosentheorie. Psyche 17:516—545

Loch W (1965a) Übertragung — Gegenübertragung. Anmerkungen zur Theorie und Praxis. Psyche 19:1—23

Loch W (1965b) Voraussetzungen, Mechanismen und Grenzen des psychoanalytischen Prozesses. Huber, Bern Stuttgart

Lockot R (1985) Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus. Fischer, Frankfurt am Main

Loevinger J (1966) Three principles for a psychoanalytic psychology. J Abnorm Psychol 71:432—443

Loewald HW (1960) On the therapeutic action of psychoanalysis. Int J Psychoanal 41:16—33

Loewald HW (1971) The transference neurosis: Comments on the concept and the phenomenon. J Am Psychoanal Assoc 19:54—66

Loewald HW (1975) Psychoanalysis as an art and the phantasy character of the psychoanalytic situation. J Am Psychoanal 23:277—299

Loewald HW (1980) Papers on psychoanalysis. Yale University Press, New Haven London

Loewenstein RM (1940) The vital or somatic instincts. Int J Psychoanal 21:377—400

Loewenstein RM (1951) The problem of interpretation. Psychoanal Q 20:1—14

Loewenstein RM (1958) Remarks on some variations in psychoanalytic technique. Int J Psychoanal 39:202—210

Loewenstein RM (1969) Developments in the theory of transference in the last fifty years. Int J Psychoanal 50:583—588

Lohmann HM (1980) Psychoanalyse in Deutschland — ein Karriere im Staatsapparat? Ansichten von jenseits des Rheins. Psyche 34:945—957

Lorenz K (1963) Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression. Borotha-Schoeler, Vienna

Lorenz K (1973) Die Rückseite des Spiegels. Versuch einer Naturgeschichte menschlichen Erkennens. Piper, Munich Zürich

Lorenzer A (1970) Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbeiten zu einer Metatheorie der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Lorenzer A (1974) Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Lowy S (1967) New research results in practical dream interpretation. Psychoanal Rev 54:510—526

Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York

Luborsky L, Mintz J (1974) What sets off momentary forgetting during a psychoanalysis? Psychoanal Contemp Sci 3:233—268

Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis. Wiley, New York, pp 331—368

Luborsky L, Mellon J, Cohen KD, Ravenswaay P van, Hole AV, Childress AR, Crits-Christoph P, Levine FJ, Alexander K (1985) A verification of Freud's grandest clinical hypothesis. The transference. Clin Psychol Rev 5:231—246

Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, Christoph P, Bachrach H, Todd T, Johnson M, Cohen M, O'Brien CP (1980) Predicting the outcomes of psychotherapy. Findings of the Penn psychotherapy project. Arch Gen Psychiatry 37:471—481

Lüders W (1982) Traum und Selbst. Psyche 36:813—829

Lytton SM (1983) A brief historical survey on the influence of value judgements on psychoanalytic theory and practice. Psychoanal Inquiry 3:573—576

Macalpine I (1950) The development of the transference. Psychoanal Q 19:501—539

Mahler MS (1969) On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. Hogarth, London

Mahler MS (1971) A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. Psychoanal Study Child 26:403—424

Mahler MS, Pine F, Bergmann A (1975) The psychological birth of the human infant. Basic Books, New York

Mahony P (1979) The boundaries of free associations. Psychoanal Contemp Thought 2:151—198

Malan DH (1963) A study of brief psychotherapy. Tavistock, London

Malan DH (1976) The frontier of brief psychotherapy. An example of the convergence of research and clinical practice. Plenum Press, New York

Malmcolm J (1980) Psychoanalysis: The impossible profession. Knopf, New York

Mannoni M (1979) La thèorie comme fiction. Freud, Groddeck, Winnicot, Lacan, Seuil, Paris

McDevitt JB (1979) The role of internalization in the development of object relations during the separation-individuation phase. J Am Psychoanal Assoc 27:327—343

McLaughlin JT (1981) Transference, psychic reality, and countertransference. Psychoanal Q 50:639—664

McReynolds P (1976) Assimilation and anxiety. In: Zuckermann M, Spielberger CD (eds) Emotions and anxiety. New concepts, methods, and application. Erlbaum, Hillsdale, pp 35—86

Mead GH (1913) The social self. J Philosophy 10:374—380

Mead GH (1934) Mind, self, and society. From the standpoint of a social behaviorist. University of Chicago Press, Chicago

Meissner WW (1979) Internalization and object relations. J Am Psychoanal Assoc 27:345—360

Meissner WW (1981) Metapsychology—who needs it? J Am Psychoanal Assoc 29:921—938

Meltzer D (1967) The psychoanalytical process. Heinemann, London

Menne K, Schröter K (1980) Soziale Herkunft — ein Hindernis für die psychoanalytische Behandlung? In: Menne K, Schröter K (eds) Psychoanalyse und Unterschicht. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 7—34

Menninger KA, Holzman PS (1958) Theory of psychoanalytic technique. Basic Books, New York

Mentzos S (1976) Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Mentzos S (1982) Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Kindler, Munich

Merloo J (1952) Free association, silence, and multiple function of speech. Psychiatr Q 26:21—31

Meyer AE (1981a) Psychoanalytische Prozessforschung zwischen der Skylla der «Verkürzung» und der Charybdis der «systematischen akustischen Lücke». Z Psychosom Med Psychoanal 27:103—116

Meyer AE (ed) (1981b) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom 35:77—270

Michaelis W (1976) Verhalten ohne Aggression. Versuch zur Integration der Theorien. Kiepenheuer & Witsch, Cologne

Miller I (1975) A critical assessment of the future psychoanalysis. A view from within. J Am Psychoanal Assoc 23:139—153

Minkowski E (1933) Le temps vécu. D'Artrey, Paris

Mitscherlich A (1967) Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin, vol 2. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Modell AH (1981) Does metapsychology still exist? Int J Psychoanal 63:391—402

Modell AH (1984) Psychoanalysis in a new context. International University Press, New York

Moeller ML (1977) Zur Theorie der Gegenübertragung. Psyche 31:142—166

Möller HJ (1976) Methodische Grundprobleme der Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart

Möller HJ (1978) Psychoanalyse — erklärende Wissenschaft oder Deutungskunst? Wilhelm Fink, Munich

Monchaux C de (1978) Dreaming and the organizing function of the ego. Int J Psychoanal 59:443—453

Money-Kyrle RE (1956) Normal countertransference and some of its deviations. Int J Psychoanal 37:360—366

Moore MS (1980) The nature of psychoanalytic explanation. Psychoanal Contemp Thought 3:459—543

Morgenthaler F (1978) Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Syndikat, Frankfurt am Main

Moser U (1962) Übertragungsprobleme in der Psychoanalyse eines chronisch schweigenden Charakterneurotikers. Psyche 15:592—624

Moser U (1978) Affektsignal und aggressives Verhalten. Zwei verbal formulierte Modelle der Aggression. Psyche 32:229—258

Moser U, Zeppelin I von, Schneider H (1981) Objektbeziehungen, Affekte und Abwehrprozesse. Aspekte einer Regulierungstheorie mentaler Prozesse. Berichte der interdisziplinären Konfliktforschungsstelle der Universität Zürich, no 9 (unpublished report)

Mowrer OH (1960) Learning theory and the symbolic processes. Wiley, New York

M'Uzan M de (1977) De l'art à la mort. Gallimard, Paris

Myerson PG (1965) Modes of insight. J Am Psychoanal Assoc 13:771—792

Nacht S (1964) Silence as an integrative factor. Int J Psychoanal 45:299—303

Nedelmann C (1980) Behandlungsziel und Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse. In: Bach H (ed) Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse. Bestimmungsversuche auf einem Psychoanalytiker-Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 1980. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, pp 55—67

Neisser U (1976) Cognition and reality. Principles and implications of cognitive psychology. Freeman, San Francisco

Nerenz K (1983) Eine Legende zum Begriff der Gegenübertragung. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 146—151

Neudert L, Kübler C, Schors R (1985) Die inhaltsanalytische Erfassung von Leiden im psychotherapeutischen Prozeß. In: Czogalik D, Ehlers W, Teufel R

(eds) Perspektiven der Psychotherapieforschung. Einzelfall, Gruppe, Institution. Hochschulverlag, Freiburg im Breisgau, pp 120—134

Neyraut M (1974) Le transfert. Etude psychoanalytique. Presses Universitaires de France, Paris

Norman HF, Blacker KH, Oremland JD, Barett WG (1976) The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. J Am Psychoanal Assoc 24:471—498

Noy P (1978) Insight and creativity. J Am Psychoanal Assoc 26:717—748

Nunberg H (1931) The synthetic function of the ego. Int J Psychoanal 12:123—140

Nunberg H (1951) Transference and reality. Int J Psychoanal 32:1—9

Olinick SL (1964) The negative therapeutic reaction. Int J Psychoanal 45:540—548

Olinick SL (1970) Negative therapeutic reaction. J Am Psychoanal Assoc 18:655—672

Ornstein RE (1969) On the experience of time. Penguin Books, Baltimore

Ornston D (1982) Strachey's influence. A preliminary report. Int J Psychoanal 63:409—426

Ornston D (1985a) Freud's conception is different from Strachey's. J Am Psychoanal Assoc 33:379—412

Ornston D (1985b) The invention of «cathexis» and Strachey's strategy. Int Rev Psychoanal 12:391—412

Orr WD (1954) Transference and countertransference. A historical study. J Am Psychoanal Assoc 2:621—670

Palombo SR (1973) The associative memory tree. Psychoanal Contemp Sci 2:205—219

Papoušek H, Papoušek M (1983) Interactional failures. Their origins and significance in infant psychiatry. In: Call JD, Galenson E, Tyson RL (eds) Frontiers of infant psychiatry. Basic Books, New York, pp 31—37

Papoušek H, Papoušek M, Giese R (1984) Die Anfänge der Eltern-Kind Beziehung. In: Frick-Bruder V, Platz P (eds) Psychosomatische Probleme in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Parin P (1978) Warum die Psychoanalytiker so ungern zu brennenden Zeitproblemen Stellung nehmen. Eine ethnologische Betrachtung. Psyche 32:385—399

Parin P, Parin-Matthèey G (1983a) Medicozentrismus in der Psychoanalyse. Eine notwendige Revision der Neurosenlehre und ihre Relevanz für die Theorie der Behandlungstechnik. In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, pp 86—106

Parin P, Parin-Matthèey G (1983b) Gegen den Verfall der Psychoanalyse. Gespräch mit A. Messerli. Tell 15:9—15

Parkin A (1980) On masochistic enthralment. A contribution to the study of moral masochism. Int J Psychoanal 61:307—314

Parloff MB, Waskow IE, Wolfe BE (1978) Research on therapist variables in relation to process and outcome. In: Garfield SL, Bergin AE (eds) Handbook of psychotherapy and behaviour change. An empirical analysis, 2nd edn. Wiley, New York Chichester Brisbane, pp 233—282

Parsons T (1964) Social structure and personality. Free Press, London

Perrez M (1983) Wissenschaftstheoretische Probleme der klinischen Psychologie. Psychotherapeutische Methoden — zum Stand ihrer metatheoreti-

schen Diskussion. In: Minsel WR, Scheller R (eds) Forschungskonzepte der klinischen Psychologie. Kösel, Munich (Brennpunkte der klinischen Psychologie, vol 6, pp 148—163)

Peterfreund E (1975) How does the analyst listen? On models and strategies in the psychoanalytic process. Psychoanal Contemp Sci 4:59—101

Peterfreund E (1980) On information and systems models for psychoanalysis. Int Rev Psychoanal 7:327—345

Peterfreund E (1983) The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies. Analytic Press, Hillsdale

Pfeffer AZ (1959) A procedure for evaluating the results of psychoanalysis. A preliminary report. J Am Psychoanal Assoc 7:418—444

Pfeffer AZ (1961) Follow-up study of a satisfactory analysis. J Am Psychoanal Assoc 9:698—718

Pfeffer AZ (1963) The meaning of the analyst after analysis. A contribution to the theory of therapeutic results. J Am Psychoanal Assoc 11:229—244

Piaget J (1954) The construction of reality in the child. Basic Books, New York

Pines M (1985) On the question of revision of the Standard Edition of Freud's writing. Int J Psychoanal 66:1—2

Polanyi M (1958) Personal knowledge. Towards a post-critical philosophy. Routledge & Kegan Paul, London

Pontalis JB (1965) Après Freud. Julliard, Paris

Popper KR (1969) Logik der Forschung, 3rd edn. Mohr, Tübingen

Popper KR, Eccles, JC (1977) The self and its brain. An argument for interactionism. Springer, Berlin Heidelberg New York

Pressman MD (1969) The cognitive function of the ego in psychoanalysis. I. The search for insight. Int J Psychoanal 50:187—196

Pribram KH, Gill MM (1976) Freud's project reassessed. Hutchinson, London

Prim R, Tilmann H (1973) Grundlagen einer kritisch-rationalen Sozialwissenschaft. Quelle & Meyer, Heidelberg

Pulver SE (1978) Survey of psychoanalytic practice 1976. Some trends and implications. J Am Psychoanal Assoc 26:615—631

Quint H (1984) Der Zwang im Dienst der Selbsterhaltung. Psyche 38:717—737

Racker H (1957) The meanings and uses of countertransference. Psychoanal Q 26:303—357

Racker H (1968) Transference and countertransference. International University Press, New York

Radebold H (1982) Probleme der psychotherapeutischen Technik bei neurotischen und reaktiven Erkrankungen im höheren und hohen Lebensalter. In: Helmchen H, Linden M, Rüger U (eds) Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 303—309

Radô S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (eds) (1930) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna

Ramzy I (1974) How the mind of the psychoanalyst works. An essay on psychoanalytic inference. Int J Psychoanal 55:543—550

Rangell L (1966) An overview of the ending of an analysis. In: Litman RE (ed) Psychoanalysis in the Americas. Original Contributions from the First Pan-American Congress for Psychoanalysis. International University Press, New York, pp 141—165

Rangell L (1968) A point of view on acting out. Int J Psychoanal 49:195—201

Rangell L (1971) The decision making process. A contribution from psychoanalysis. Psychoanal Study Child 26:425—452

Rangell L (1981) Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and differences twenty-five years later. Psychoanal Q 50:665—693

Rangell L (1984) The analyst at work. The Madrid congress. Synthesis and critique. Int J Psychoanal 65:125—140

Rapaport D (1953) On the psycho-analytic theory of affects. Int J Psychoanal 34:177—198

Rapaport D (1959) A historical survey of psychoanalytic ego psychology. In: Klein GS (ed) Identity and the life cycle. Selected papers by Erik H Erikson (Psychological issues, vol 1, no 1, monograph 1). International University Press, New York, pp 5—17

Rapaport D (1960) The structure of psychoanalytic theory. A systematizing attempt (Psychological issues, vol 2, no 2, monograph 6). International University Press, New York

Rapaport D (1967) The collected papers of David Rapaport. Basic Books, New York

Rapaport D (1974) The history of the concept of association of ideas. International University Press, New York

Rapaport D, Gill MM (1959) The points of view and assumptions of metapsychology. Int J Psychoanal 40:153—162

Rappaport EA (1956) The management of an erotized transference. Psychoanal Q 25:515—529

Redlich FC (1968) Psychoanalyse und soziale Verantwortung. Psyche 22:658—671

Redlich FC, Freedman DX (1966) The theory and practice of psychiatry, 3rd edn. Basic Books, New York

Reich A (1951) On counter-transference. Int J Psychoanal 32:25—31

Reich W (1933) Charakteranalyse. Technik und Grundlagen für studierende und praktizierende Analytiker. Reich, Vienna. Engl edn: (1958) Character analysis. Vision Press, London

Reichenbach H (1938) Experience and prediction. Univ of Chicago Press, Chicago

Reid JR, Finesinger JE (1952) The role of insight in psychotherapy. Am J Psychiatry 108:726—734

Reik T (1949) The inner experience of a psychoanalyst. Allen & Unwin, London

Reis WJ (1970) Formen der freien Assoziation zu Träumen. Psyche 24:101—115

Reiser MF (1985) Converging sectors of psychoanalysis and neurobiology. Mutual challenges and opportunity. J Am Psychoanal Assoc 33:11—34

Reiss D (1983) Illusion as a tool in psychoanalytic investigation. Psychoanal Contemp Thought 6:331—402

Reiter L (1975) Wissenschaftstheoretische Probleme der Psychotherapie. In: Strotzka H (ed) Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen. Urban & Schwarzenberg, Munich, pp 7—31

Richards AD (1980) Technical consequences of object relations theory. J Am Psychoanal Assoc 28:623—636

Richards AD (1984) The relation between psychoanalytic theory and psychoanalytic technique. J Am Psychoanal Assoc 32:587—602

Richfield J (1954) An analysis of the concept of insight. Psychoanal Q 23:390—408

Richter HE (1970) Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

Richter HE (1984) Sterbeangst und Destruktivität. Psyche 38:1105—1123

Richter HE (1985) Als Psychoanalytiker in der Friedensbewegung. Psyche 39:289—300

Rickman J (1957) Selected contributions to psychoanalysis. Basic Books, New York

Ricoeur P (1970) Freud and philosophy. Yale University Press, New Haven London. Fr: (1965) De l'interpretation. Seuil, Paris

Ricoeur P (1974) Hermeneutik und Psychoanalyse, Kösel, Munich. Fr: (1969) Le conflit des interpretations. Essais d'hermeneutique. Seuil, Paris

Riemann F (1973) Fritz Riemann. In: Pongratz LJ (ed) Psychotherapie in Selbstdarstellungen. Huber, Bern Stuttgart Vienna, pp 346—376

Riviere J (1936) On the genesis of psychical conflict in earliest infancy. Int J Psychoanal 17:395—422

Roback HB (1974) Insight. A bridging of the theoretical and research literature. Canadian Psychologist 15:61—88

Robbins WS (1975) Termination: Problems and techniques. J Am Psychoanal Assoc 23:166—176

Rochlin G (1973) Man's aggression. The defence of the self. Gambit, Boston

Roland A (1971) The context and unique function of dreams in psychoanalytic therapy. Clinical approach. Int J Psychoanal 52:431—439

Rosenblatt AD, Thickstun JT (1977) Energy, information, and motivation. A revision of psychoanalytic theory. J Am Psychoanal Assoc 25:537—558

Rosenfeld H (1955) Notes on the psycho-analysis of the super-ego conflict in an acute schizophrenic patient. In: Klein M, Heimann P, Money-Kyrle RE (eds) New directions in psycho-analysis. Basic Books, New York, pp 180—219

Rosenfeld H (1971) A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts. An investigation into the aggressive aspects of narcissism. Int J Psychoanal 52:169—178

Rosenfeld H (1972) A critical appreciation of James Strachey's paper on the nature of the therapeutic action of psychoanalysis. Int J Psychoanal 53:455—461

Rosenfeld H (1975) Negative therapeutic reaction. In: Giovacchini PL (ed) Tactics and techniques in psychoanalytic therapy, vol 2. Hogarth, London, pp 217—228

Rosenkötter L (1973) Die psychoanalytische Situation als Grundlage der psychoanalytischen Therapie. Psyche 27:989—1000

Rosenkötter L (1983) Alexander Mitscherlich als Chef und Lehrer. Psyche 37:346—351

Ross M (1973) Some clinical and theoretical aspects of working through. Int J Psychoanal 54:331—343

Rothenberg A (1984) Creativity and psychotherapy. Psychoanal Contemp Thought 7:233—268

Rothstein A (1983) The structural hypothesis. An evolutionary perspective. International University Press, New York

Rubinstein BB (1967) Explanation and mere description. A metascientific examination of certain aspects of the psychoanalytic theory of motivation. In: Holt RR (ed) Motives and thought. Psychoanalytic essays in honor of

David Rapaport (Psychological issues, vol 5, no 2—3, monograph 18—19). International University Press, New York, pp 18—77
Rubinstein BB (1972) On metaphor and related phenomena. Psychoanal Contemp Sci 1:70—108
Rubinstein BB (1976) On the possibility of a strictly clinical psychoanalytic theory. An essay in the philosophy of psychoanalysis. In: Gill MM, Holzman PS (eds) Psychology versus metapsychology. Psychoanalytic essays in memory of George S. Klein (Psychological issues, vol 9, no 4, monograph 36) International University Press, New York, pp 229—264
Rubinstein BB (1980). The self and its brain. An argument for interactionism. By Karl Popper and John C Eccles. J Am Psychoanal Assoc 28:210—219
Ruffler G (1957) Zur Bedeutung der Anamnese für die psychosomatische Fragestellung, dargestellt an einer Anfallskranken. Psyche 11:416—458
Rycroft C (1966) Psychoanalysis observed. Constable, London
Russell HN, Dugan RS, Stewert JQ (1945) Astronomy. A revision of Young's manual of astronomy. Ginn, Boston
Sabshin M (1985) Psychoanalysis and psychiatry. Models for potential future relations. J Am Psychoanal Assoc 33:473—491
Sager CJ, Grundlach R, Kremer M, Lenz R, Royce JR (1968) The married in treatment. Effects of Psychoanalysis on the marital state. Arch Gen Psychiatry 19:205—217
Sampson H, Weiss J (1983) Testing hypotheses. The approach of the Mount Zion Psychotherapy Research Group. In: Greenberg L, Pinsof W (eds) The psychotherapeutic process. A research handbook. Guilford, New York
Sand R (1964) A systematic error in the use of free association (unpublished paper)
Sander LW (1980) Investigation of the infant and its care giving environment as a biological system. In: Greenspan SI, Pollock GH (eds) The course of life, vol 1. US Department of Health and Human Services, Washington DC, pp 177—201
Sandler J (1960) The background of safety. Int J Psychoanal 41:352—356
Sandler J (1976) Countertransference and role-responsiveness. Int Rev Psychoanal 3:43—47
Sandler J (1982) Psychoanalysis and psychotherapy. The training analyst's dilemma. In: Joseph ED, Wallerstein RS (eds) Psychotherapy. Impact on psychoanalytic training. The influence of practice and theory of psychotherapy an education in psychoanalysis (Int Psychoanal Assoc, monograph series, no 1). International University Press, New York, pp 39—47
Sandler J (1983) Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. Int J Psychoanal 64:35—45
Sandler J, Dare C, Holder A (1973) The patient and the analyst: The basis of the psychoanalytic process. International University Press, New York
Sargent HD, Horwitz L, Wallerstein RS, Appelbaum A (1968) Prediction in psychotherapy research. Method for the transformation of clinical judgements into testable hypothesis (Psychological issues, vol 6, no 1, monograph 21). International University Press, New York
Sashin JI, Eldred SH, Amerongen ST van (1975) A search for predictive factors in institute supervised cases. A retrospective study of 183 cases from 1959—1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. Int J Psychoanal 56:343—359
Saul LJ (1962) The erotic transference. Psychoanal Q 31:54—61
Schacht L (1973) Subjekt gebraucht Subjekt. Psyche 27:151—168
Schachtel EG (1947) On memory and childhood amnesia. Psychiatry 10:1—26

Schafer R (1968) Aspects of internalization. International University Press, New York

Schafer R (1973) The idea of resistance. Int J Psychoanal 54:259—285

Schafer R (1976) A new language for psychoanalysis. Yale University Press, New Haven

Schafer R (1981) Action language and the psychology of the self. Annu Psychoanal 8:83—92

Schafer R (1982) The relevance of the «here and now» transference interpretation to the reconstruction of early development. Int J Psychoanal 63:77—82

Schafer R (1985) Wild analysis. J Am Psychoanal Assoc 33:275—299

Schepank H (1982) Epidemiologie psychogener Erkrankungen. Ein Beitrag zur Grundlagenforschung aus einer Feldstudie. Z Psychosom Med Psychoanal 28:104—125

Scheunert G (1973) Über das «Agieren» als theoretisches und praktisches Problem in der Psychoanalyse. In: Hahn P, Herdieckerhoff E (eds) Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie. Sektion B: Schriften zur Technik, Heft 1. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich

Scheunert G (1984) Von den Anfängen der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Erinnerungen eines Beteiligten. Int Psychoanal Assoc Newsletter 16, no 4 (German edn): 4—5

Schilder P (1935a) The image and appearance of the human body. Studies in the constructive energies of the psyche. Kegan Paul, London

Schilder P (1935b) Psychoanalyse und bedingte Reflexe. Imago 21:50—66

Schleiermacher FDE (1959[1819]) Hermeneutik. In Kimmerle H (ed) Fr. D. E. Schleiermacher Hermeneutik. Nach den Handschriften neu herausgegeben und eingeleitet von Heinz Kimmerle (Abhandlungen der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, philosophisch-historische Klasse, Jg 1959, 2. Abh). Winter, Heidelberg, pp 78—109

Schimek JG (1983) The construction of the transference. The relativity of the here and now and the there and then. Psychoanal Contemp Thought 6:435—456

Schleiermacher FDE (1959[1819]) Hermeneutik. In Kimmerle H (ed) Fr. D. E. Schleiermacher Hermeneutik. Nach den Handschriften neu herausgegeben und eingeleitet von Heinz Kimmerle (Abhandlungen der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, philosophisch-historische Klasse, Jg 1959, 2. Abh). Winter, Heidelberg

Schlesinger HJ (1974) Problems of doing research on the Therapeutic process. J Am Psychoanal Assoc 22:3—13

Schlessinger N, Robbins FP (1983) A developmental view of the psychoanalytic process. Follow-up studies and their consequences. International University Press, New York

Schlieffen H von (1983) Psychoanalyse ohne Grundregel. Psyche 37:481—486

Schmale HT (1966) Working through. J Am Psychoanal Assoc 14:172—182

Schott HG (1981) «Traumdeutung» und «Infantile Cerebrallähmung». Überlegungen zu Freuds Theoriebildung. Psyche 35:97—110

Schott HG (1983) Die Selbstanalyse als eine praktische Methode bei Freud. Freiburger Universitätsblätter 22:67—77

Schröter K (1979) Einige formale Aspekte des psychoanalytischen Dialogs. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (eds) Therapeutische Kommunikation. An-

sätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozeß. Scriptor, Königstein im Taunus, pp 179—185

Schröter K (1980) Spezifische Reaktionen auf das Behandlungsverfahren und die soziale Distanz zum Therapeuten. In: Menne K, Schröter K (eds) Psychoanalyse und Unterschicht. Soziale Herkunft — ein Hindernis für die psychoanalytische Behandlung? Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 59—72

Schulte D (1976) Psychodiagnostik zur Erklärung und Modifikation von Verhalten. In: Pawlik K (ed) Diagnose der Diagnostik. Klett, Stuttgart

Schultz-Hencke H (1951) Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme, Stuttgart

Schur M (1966) Some additional «day residues» on the specimen dream of psychoanalysis. In: Loewenstein RM et al (eds) Psychoanalysis. A general psychology. International University Press, New York, pp 45—85

Searles HF (1965) Collected papers on schizophrenia and related subjects. International University Press, New York

Sedler MJ (1983) Freud's concept of working through. Psychoanal Q 52:73—98

Segal H (1964) Introduction to the work of Melanie Klein, 1st edn. Basic Books, New York

Segal H (1973) Introduction to the work of Melanie Klein, rev edn. Hogarth, London

Segal H (1982) Early infantile development as reflected in the psychoanalytic process. Steps in integration. Int J Psychoanal 63:15—22

Seidenberg H (1971) The basic rule. Free association. A reconsideration. J Am Psychoanal Assoc 19:98—109

Seitz P (1966) The consensus problem in psychoanalysis. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (eds) Methods of research in psychotherapy. Appleton Century Crofts, New York, pp 209—225

Shane M (1980) Countertransference and the developmental orientation and approach. Psychoanal Contemp Thought 3:195—212

Shane M, Shane E (1980) Psychoanalytic developmental theories of the self. An integration. In: Goldberg A (ed) Advances in selfpsychology. International University Press, New York, pp 23—46

Shapiro SH (1984) The initial assessment of the patient. A psychoanalytic approach. Int Rev Psychoanal 11:11—25

Shapiro T (1984) On neutrality. J Am Psychoanal Assoc 32:269—282

Sharpe EF (1950) The technique of psychoanalysis. Seven lectures. In: Brierley M (ed) Collected papers on psychoanalysis by Ella Freeman Sharpe. Hogarth, London, pp 9—106

Sherwood M (1969) The logic of explanation in psychoanalysis. Academic Press, New York

Siebenthal W von (1953) Die Wissenschaft vom Traum. Ergebnisse und Probleme. Eine Einführung in die allgemeinen Grundlagen. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg

Simmel E (1930) Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Instituts. In: Rad& S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (eds) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna

Slap JW (1976) A note on the drawing of dream details. Psychoanal Q 45:455—456

Slap JW, Levine FJ (1978) On hybrid concepts in psychoanalysis. Psychoanal Q 47:499—523

Snyder F (1970) The phenomenology of dreaming. In: Madow L, Snow LH (eds) The psychodynamic implications of physiological studies on dreams. Thomas, Springfield, pp 124—151

Solnit AJ (1982) Early psychic development as reflected in the psychoanalytic process. Int J Psychoanal 63:23—37

Specht EK (1981) Der wissenschaftstheoretische Status der Psychoanalyse. Das Problem der Traumdeutung. Psyche 35:761—787

Spence DP (1981) Toward a theory of dream interpretation. Psychoanal Contemp Thought 4:383—405

Spence DP (1982a) Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis. Norton, New York

Spence DP (1982b) On some clinical implications of action language. J Am Psychoanal Assoc 30:169—184

Spence DP (1984) Perils and pitfalls of free floating attention. Contemp Psychoanal 20:37—59

Spinner H (1974) Pluralismus als Erkenntnismodell. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Spitz RA (1956) Countertransference. Comments on its varying role in the analytic situation. J Am Psychoanal Assoc 4:256—265

Spitz RA (1957) No and Yes. On the genesis of human communication. International University Press, New York

Spitz RA (1965) The evolution of dialogue. In: Schur M (ed) Drives, affects, behavior, vol 2. International University Press, New York, pp 170—190

Spruiell V (1983) Kuhn's «paradigm» and psychoanalysis. Psychoanal Q 52:353—363

Stegmüller W (1969) Probleme und Resultate der Wissenschaftstheorie und analytischen Philosophie. vol II: Theorie und Erfahrung. Springer, Berlin Heidelberg New York

Stein MH (1981) The unobjectionable part of the transference. J Am Psychoanal Assoc 29:869—892

Stendhal [Beyle H] (1975) Love. Penguin Books, Harmondsworth

Sterba RF (1934) The fate of the ego in the analytic therapy. Int J Psychoanal 15:117—126

Sterba RF (1936) Zur Theorie der Übertragung. Imago 22:456—470

Sterba RF (1940) The dynamics of the dissolution of the transference resistance. Psychoanal Q 9:363—379

Stern A (1924) On countertransference in psychoanalysis. Psychoanal Rev 11:166—174

Stern D (1977) The first relationship. Mother and infant. Fontana Open Books, London

Stern DN, Beebe B, Jaffe J, Bennett SL (1977) The infant's stimulus world during social interaction. A study of caregiver behaviours with particular reference to repetition and timing. In: Schaffer HR (ed) Studies of mother-infant interaction. Academic Press, London, pp 177—202

Stern H (1966) The truth as resistance to free association. Psychoanal Rev 53:642—646

Steury S, Blank ML (eds) (1981) Readings in psychotherapy with older people. US Department of Health and Human Services, Washington DC

Stewart WA (1963) An inquiry into the concept of working through. J Am Psychoanal Assoc 11:474—499

Stone L (1961) The psychoanalytic situation. An examination of its development and essential nature. International University Press, New York

Stone L (1971) Reflections on the psychoanalytic concept of aggression. Psychoanal Q 40:195—244

Stone L (1973) On resistance to the psychoanalytic process. Some thoughts on its nature and motivations. Psychoanal Contemp Sci 2:42—73

Stone L (1981a) Notes on the noninterpretive elements in the psychoanalytic situation and process. J Am Psychoanal Assoc 29:89—118

Stone L (1981b) Some thoughts on the «here and now» in psychoanalytic technique and process. Psychoanal Q 50:709—733

Strachey J (1934) The nature of the therapeutic action of psycho-analysis. Int J Psychoanal 15:127—159

Strachey J (1937) On the theory of the therapeutic results of psycho-analysis. Int J Psychoanal 18:139—145

Strauch I (1981) Ergebnisse der experimentellen Traumforschung In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (eds) Klinische Psychologie, vol 4, Huber, Bern, pp 22—47

Straus E (1935) Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Springer, Berlin

Strotzka H (1969a) Psychotherapy for the working class patient. In: Redlich FC (ed) Social psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore

Strotzka H (1969b) Psychotherapie und soziale Sicherheit. Huber, Bern Stuttgart Vienna

Strotzka H (ed) (1980) Der Psychotherapeut im Spannungsfeld der Institutionen. Erfahrungen, Forderungen, Fallbeispiele. Urban & Schwarzenberg, Munich Vienna Baltimore

Strupp HH (1973) Psychotherapy. Clinical research, and theoretical issues. Aronson, New York

Strupp HH (1978) Suffering and psychotherapy. Contemp Psychoanal 14:73—97

Strupp HH (1982) Psychoanalytic failure. Reflections on an autobiographical account. Contemp Psychoanal 18:235—258

Strupp HH, Binder J (1984) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Books, New York

Strupp HH, Hadley SW, Gommes-Schwartz B (1977) Psychotherapy for better or worse. Jason Aronson, New York

Sullivan HS (1953) The interpersonal theory of psychiatry. Norton, New York

Sulloway FJ (1979) Freud, biologist of the mind. Beyond the psychoanalytic legend. Basic Books, New York

Sutherland JD (1980) The British object relations theorists. Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. J Am Psychoanal Assoc 28:829—860

Swaan A de (1980) On the sociogenesis of the psychoanalytic situation. Psychoanal Contemp Thought 3:381—413

Tafertshofer A (1980) Latente Funktionen psychoanalytischer Verfahrensregeln. Psychoanalyse 1:280—320

Tenzer A (1983) Piaget and psychoanalysis. Some reflections on insight. Contemp Psychoanal 19:319—339

Tenzer A (1984) Piaget and psychoanalysis II. The problem of working through. Contemp Psychoanal 20:421—436

Thomä H (1963) Die Neo-Psychoanalyse Schultz-Henckes. Eine historische und kritische Betrachtung. Psyche 17:44—128

Thomä H (1964) Einige Bemerkungen zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland von 1933 bis heute. In: Sigmund-Freud-Institut (ed) Ansprachen und Vorträge zur Einweihung des Institutsneubaues am 14. Oktober 1964. Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt am Main, pp 31—39

Thomä H (1967a) Anorexia nervosa. International University Press, New York

Thomä H (1967b) Konversionstheorie und weiblicher Kastrationskomplex. Psyche 21:827—847

Thomä H (1969) Some remarks on psychoanalysis in Germany, past and present. Int J Psychoanal 50:683—692

Thomä H (1977) Psychoanalyse und Suggestion. Z Psychosom Med Psychoanal 23:35—55

Thomä H (1978) Von der «biographischen Anamnese» zur «systematischen Krankengeschichte». In: Drews S et al (eds) Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp 254—277

Thomä H (1980) Über die Unspezifität psychosomatischer Erkrankungen am Beispiel einer Neurodermitis mit zwanzigjähriger Katamnese. Psyche 34:589—624

Thomä H (1981) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt am Main

Thomä H (1983a) Erleben und Einsicht im Stammbaum psychoanalytischer Techniken und der «Neubeginn» als Synthese im «Hier und Jetzt». In: Hoffmann SO (ed) Deutung und Beziehung. Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main

Thomä H (1983b) The position of psychoanalysis within and outside the German university. Psychoanalysis in Europe. Bull Eur Psychoanal Fed 20—21:181—199

Thomä H (1983c) Conceptual dimensions of psychoanalyst's identity. In: Joseph ED, Widlöcher D (eds) The identity of the psychoanalyst (Int Psychoanal Assoc, monograph series, no 2). International University Press, New York, pp 93—134

Thomä H (1984) Der «Neubeginn» Michael Balints aus heutiger Sicht. Psyche 38:516—543

Thomä H (1986) Psychohistorische Hintergründe typischer Identitätsprobleme deutscher Analytiker. Forum Psychoanal 2:59—68

Thomä H, Grünzig HJ, Böckenförde H, Kächele H (1976) Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse, Psyche 30:978—1027

Thomä H, Houben A (1967) Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. Psyche 21:664—692

Thomä H, Kächele H (1975) Problems of metascience and methodology in clinical psychoanalytic research. Annu Psychoanal 3:49—119

Thomä H, Kächele H (1976) Bemerkungen zum Wandel neurotischer Krankheitsbilder. Psychother Med Psychol 26:183—190

Thomä H, Thomä B (1968) Die Rolle der Angehörigen in der psychoanalytischen Technik. Psyche 22:802—822

Thomae H (1968) Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie. Hogrefe, Göttingen

Thomson PG (1980) On the receptive function of the analyst. Int Rev Psychoanal 7:183—205

Ticho EA (1971) Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie. Psyche 25:44—56

Ticho GR (1967) On self-analysis. Int J Psychoanal 48:308—318

Ticho GR (1971) Selbstanalyse als Ziel der psychoanalytischen Behandlung. Psyche 25:31—43

Ticho EA, Ticho GR (1969) Das Behandlungsbündnis und die Übertragungsneurose. Jahrb Psychoanal 6:19—34

Tower L (1956) Countertransference. J Am Psychoanal Assoc 42:224—265

Treurniet N (1983) Psychoanalysis and self psychology. A metapsychological essay with a clinical illustration. J Am Psychoanal Assoc 31:59—100

Trevarthen C (1977) Descriptive analyses of infant communicative behaviour. In: Schaffer HR (ed) Studies in mother-infant interaction. Academic Press, New York, pp 227—270

Tyson RI, Sandler J (1971) Problems in the selection of patients for psychoanalysis: Comments on the application of concepts of «indications», «suitability», and «analysability». Br J Med Psychol 44:211—228

Valenstein AF (1962) The psycho-analytic situation. Affects, emotional reliving, and insight in the psychoanalytic process. Int J Psychoanal 43:315—324

Valenstein AF (1979) The concept of «classical» psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 27 (Suppl):113—136

Viderman S (1979) The analytic space. Meaning and problems. Psychoanal Q 48:257—291

Wachtel PL (1977) Psychoanalysis and behaviour therapy. Toward an integration. Basic Books, New York

Wachtel PL (1980) Transference, schema, and assimilation. The relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference. Annu Psychoanal 8:59—76

Wachtel PL (1982) Vicious circles. The self and the rhetoric of emerging and unfolding. Contemp Psychoanal 18:259—273

Waelder R (1936) The principle of multiple function. Observations on overdetermination. Psychoanal Q 5:45—62

Waelder R (1937) The problem of genesis of psychical conflict in earliest infancy. Remarks on a paper by Joan Riviere. Int J Psychoanal 18:406—473

Waelder R (1956) Introduction to the discussion on problems of transference. Int J Psychoanal 37:367—368

Waelder R (1960) Basic theory of psycho-analysis. International University Press, New York

Waelder R (1962) Psychoanalysis, scientific method and philosophy. J Am Psychoanal Assoc 10:617—637

Waldhorn HF (1959) The silent patient. Panel report. J Am Psychoanal Assoc 7:548—560

Waldhorn HF (1960) Assessment of analysability. Technical and theoretical observations. Psychoanal Q 29:478—506

Wallerstein RS (1973) Psychoanalytic perspectives on the problem of reality. J Am Psychoanal Assoc 21:5—33

Wallerstein RS (1983) Self psychology and «classical» psychoanalytic psychology. The nature of their relationship. Psychoanal Contemp Thought 6:553—595

Wallerstein RS (ed) (1985) Changes in analysts and their training (Int Psychoanal Assoc, monograph series, no 4) International Psychoanalytic Association, London

Wallerstein RS (1986) Forty-two lives in treatment. Guilford, New York

Wallerstein RS, Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. Int J Psychoanal 52:11—50

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1967) Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. Norton, New York

Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). Int Rev Psychoanal 12:127—141

Weber M (1968) Methodologische Schriften. Fischer, Frankfurt am Main

Wehler HU (ed) (1971) Geschichte und Psychoanalyse. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Cologne Mainz

Wehler HU (ed) (1972) Soziologie und Psychoanalyse. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln Mainz

Weigert E (1952) Contribution to the problem of terminating psychoanalyses. Psychoanal Q 21:465—480

Weiner H (1979) Freud's project reassessed. By Karl H Pribram and Merton M Gill. J Am Psychoanal Assoc 27:215—223

Weinrich H (1968) Die Metapher. Poetica 2:100—130

Weinshel E (1966) Severe regressive states during analysis. A panel report. J Am Psychoanal Assoc 14:538—568

Weiss J (1971) The emergence of new themes. A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. Int J Psychoanal 52:459—467

Weiss J, Sampson H (1984) The psychotherapeutic process. Guilford, New York

Weiss J, Sampson H (1985) Testing alternative psychoanalytic explanations of the therapeutic process. In: Masling JM (ed) Empirical studies of psychoanalytic theories, vol 2, Erlbaum, New Jersey

Weiss SS, Fleming J (1980) On teaching and learning of termination in psychoanalysis. Annu Psychoanal 8:37—55

Weizsäcker R von (1985) Ansprache in der Gedenkstunde im Plenarsaal des Deutschen Bundestages am 8. Mai 1985. In: Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (ed) Erinnerung. Trauer und Versöhnung. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Bonn, pp 63—82

Weizsäcker V von (1943) Klinische Vorstellungen. Hippokrates, Stuttgart

Weizsäcker V von (1977[1954]) Natur und Geist. Erinnerungen eines Arztes, 3rd edn. Kindler, Munich

Westerlundh B, Smith G (1983) Perceptgenesis and the psychodynamics of perception. Psychoanal Contemp Thought 6:597—640

Westmeyer H (1978) Wissenschaftstheoretische Grundlagen klinischer Psychologie. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (eds) Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis, vol 1. Huber, Bern Stuttgart Vienna, pp 108—132

White RW (1959) Motivation reconsidered. The concept of competence. Psychol Rev 66:297—333

White RW (1963) Ego and reality in psychoanalytic theory. A proposal regarding independend ego energies (Psychological issues, vol 3, no 3, monograph 11). International University Press, New York

Winnicott DW (1949) Hate in the countertransference. Int J Psychoanal 30:69—74

Winnicott DW (1965) The maturational processes and the facilitating environment. Studies in the theory of emotional development. International University Press, New York

Winnicott DW (1971) Playing and reality. Tavistock, London
Wisdom JO (1956) Psycho-analytic technology. Br J Philosophy Sci 7:13—28
Wisdom JO (1967) Testing an interpretation within a session. Int J Psychoanal 48:44—52
Wisdom JO (1970) Freud and Melanie Klein. Psychology, ontology, Weltanschauung. In: Hanly C, Lazerowitz M (eds) Psychoanalysis and philosophy. International University Press, New York, pp 327—362
Wisdom JO (1984) What is left of psychoanalytic theory? Int Rev Psychoanal 11:313—326
Wittgenstein L (1953) Philosophische Untersuchungen — philosophical investigations, bilingual edn. Basil Blackwell, Oxford
Wolf E (1982) Empathische Resonanz. Psychoanalyse 3:306—314
Wolff PH (1960) The developmental psychologies of Jean Piaget and psychoanalysis. International University Press, New York
Wolff PH (1971) Review of psychoanalytic theory in the light of current research in child development. J Am Psychoanal Assoc 19:565—576
Wollheim R, Hopkins J (eds) (1982) Philosophical essays on Freud. Cambridge University Press, Cambridge
Wolman BB (1979) Preface. In: Wolman BB (ed) Handbook of dreams. Van Nostrand, New York
Wurmser L (1977) A defense of the use of metaphor in analytic theory formation. Psychoanal Q 46:466—498
Wurmser L (1981) The mask of shame. A psychoanalytic study of shame affects and shame conflicts. Johns Hopkins University Press, Baltimore
Wyatt F (1984) Unnötige Widersprüche und notwendige Unterscheidungen. Überlegungen zur Differenzierung von Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie. Psychother Psychosom Med Psychol 34:91—96
Wyss D (1958) Die Bedeutung der Assoziationstheorien für die Psychoanalyse. Confin Psychiatr 1:113—132
Zeligs MA (1957) Acting in. A contribution to the meaning of some postural attitudes observed during analysis. J Am Psychoanal Assoc 5:685—706
Zeligs MA (1960) The role of silence in transference, countertransference, and the psychoanalytic process. Int J Psychoanal 41:407—412
Zeppelin I von (1981) Skizze eines Prozeßmodells der psychoanalytischen Therapie. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie, Psychologisches Institut der Universität Zürich, no 14 (unpublished paper)
Zetzel ER (1956) Current concepts of transference. Int J Psychoanal 37:369—376
Zetzel ER (1965) The theory of therapy in relation to a developmental model of the psychic apparatus. Int J Psychoanal 46:39—52
Zetzel ER (1970) The capacity for emotional growth. Hogarth, London
Zilboorg G (1952) Precursors of Freud in free association. Some sidelights on free association. Int J Psychoanal 33:489—497

## Именной указатель

## Предметный указатель

# Содержание

**Томэ Х., Кэхеле Х.**

**СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ**

**ТОМ 1**

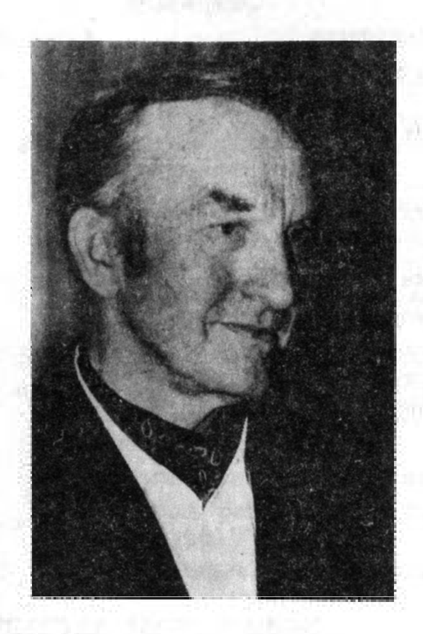
Редактор *Е.И. Солдаткина*
Художник *В.А. Пузанков*
Художественный редактор *В.К. Кузнецов*
Технический редактор *В.А. Юрченко*
Корректор *О.Е. Косова*

ИБ № 20145
ЛР № 060775 от 25.02.92. Подписано в печать 23.12.96.
Формат 60×90 1/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл.печ.л. 36,00 Усл.кр.-отт. 36,00. Уч.-изд.л. 44,10.
Тираж 10 000 экз. Заказ № 1030.
С032. Изд.№ 49646

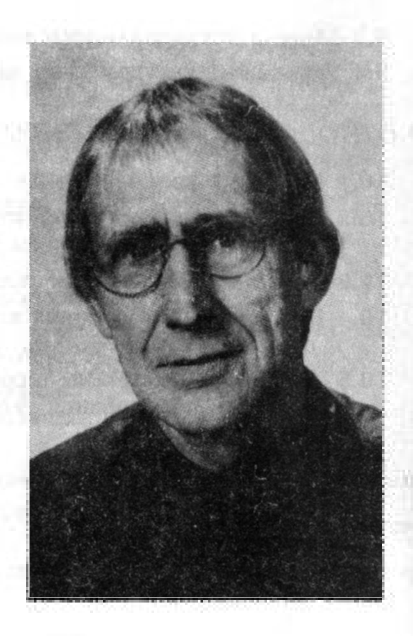
А/О Издательская группа «Прогресс»
119847, Москва, Зубовский бульвар, 17

Издательство Агентства «Яхтсмен»
125171, Москва, 4-й Войковский пр., 10

Можайский полиграфкомбинат
Комитета Российской Федерации по печати
143200, Можайск, ул. Мира, 93



Заслуженный профессор, доктор медицины ХЕЛЬМУТ ТОМЭ (р. 1921) — один из выдающихся психоаналитиков послевоенной Германии. С 1968 по 1989 год он был деканом отделения психотерапии Ульмского университета, а с 1968 по 1972-й — президентом Немецкой психоаналитической ассоциации. Автор получившей всемирное признание монографии «Нервная анорексия» (1964, перев. на англ. 1968) и многочисленных работ, посвященных ключевым аспектам теории и клинической практики психоанализа.



Профессор, доктор медицины ХОРСТ КЭХЕЛЕ (р. 1944) начал сотрудничать с профессором Томэ в 1970 году. С 1990 года и по настоящее время является деканом отделения психотерапии Ульмского университета, а также директором Штутгартского центра психотерапевтических исследований, приглашенным профессором психоанализа Лондонского университета, членом Комитета по психоаналитическим исследованиям Международной психоаналитической ассоциации (IPA), был президентом Общества психоаналитических исследований (1990). Известный ученый в области исследований психоаналитического процесса.

Двухтомник «Современный психоанализ»
(немецкое название: «Учебник психоаналитической терапии») дважды переиздавался по-немецки и по-английски, а кроме того, переведен на венгерский, испанский, итальянский, польский, португальский и чешский языки. Готовятся переводы на литовский и румынский.